

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EMANUELE SEICENTI DE BRITO

**O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais
da área**

Ribeirão Preto
2011

EMANUELE SEICENTI DE BRITO

O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Aparecida Arena Ventura

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Brito, Emanuele Seicenti

O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área / Emanuele Seicenti Brito; orientador Carla Aparecida Arena Ventura - Ribeirão Preto, 2011.

126 f: il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo.

1. Direito à saúde. 2. Saúde Mental. 3. Direitos do paciente. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Lei 10.216/2001

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRITO, Emanuele Seicenti

O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

*Aos meus pais **Ivanilde** e **Manoel**, pelo amor e dedicação.*

*À minha irmã **Daiane**, pelo carinho e companheirismo.*

*Ao **Marcos**, por ter acreditado primeiro. E estar sempre
presente mesmo que distante.*

Agradecimentos

“Como o não sabes ainda

Agradecer é mistério”.

Fernando Pessoa (Quadras ao Gosto Popular)

À Deus, por tudo que permite em minha vida.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Carla Aparecida Arena Ventura, pela orientação, respeito, paciência e dedicação.

À amiga Prof^ª Dr^ª Adriana Inocenti Miasso, por todo o apoio, incentivo e preciosas sugestões que acompanharam este projeto desde o início até o resultado final.

À Renata, pela amizade fundamental em todos os momentos.

À Laís, pelo afeto e disponibilidade.

À minha Família, meus avós, tios e primos, por acreditarem e torcerem por minha vitória e felicidade.

Aos Colegas da Pós-graduação, por compartilharem comigo momentos de amizade, de estudo e de enriquecimento durante esta vivência.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela acolhida e apoio institucional durante a pós-graduação.

Aos Funcionários e Pacientes do Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, por me acolherem, permitindo-me compartilhar de seu cotidiano e suas dificuldades.

Ao CNPq, pelo suporte financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que participaram e contribuíram direta ou indiretamente com o sucesso deste trabalho.

RESUMO

BRITO, E.S. **O Direito Humano à Saúde Mental**: compreensão dos profissionais da área. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O movimento de reforma psiquiátrica consolidou-se no Brasil com a Lei 10.216 de 2001, formalizando assim, um novo modelo em rede de assistência à saúde mental. Nesse contexto, esta pesquisa descritiva com abordagem de dados qualitativa apresentou como objetivo identificar como os profissionais de saúde que trabalham em um hospital psiquiátrico do município de São José do Rio Preto compreendem os direitos humanos elencados na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Utilizou-se para a coleta de dados de entrevista semi-estruturada e observação participante e a análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo. Foram entrevistados 33 profissionais de saúde que participam do processo de hospitalização e cuidados ao paciente, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos e terapeuta ocupacional. Os resultados demonstram que: os profissionais acreditam que as pessoas tenham fácil acesso ao serviço, embora exista um fluxo de atendimento a ser seguido e os pacientes tenham que passar primeiro pela emergência onde será verificada a disponibilidade de vagas, que é sempre escassa, devido ao fato do hospital ser o serviço mais utilizado na região para atendimento aos portadores de transtornos mentais; embora os profissionais saibam da importância da participação da família no tratamento do portador de transtorno mental, as estratégias utilizadas para assegurar essa participação não são suficientes e ainda ocorrem muitos casos de abandono de pacientes no hospital por parte da família; a participação da comunidade no tratamento não é possível no local do estudo por se tratar de uma instituição fechada, o que limita a interação do paciente com a comunidade em que vive, sendo possível apenas quando saem de licença de final de semana. Assim, a participação da comunidade se limita a doações e trabalhos voluntários; o preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental ainda é muito evidente principalmente por parte da comunidade. Contudo, o preconceito não foi verificado apenas na comunidade, uma vez que os próprios sujeitos do estudo também

demonstraram certo preconceito em suas falas; o acesso às informações pelos portadores de transtornos mentais sobre seu transtorno e tratamento é limitado. As informações foram consideradas insuficientes pela maioria dos sujeitos devido à falta de tempo para uma atenção individualizada e a dificuldade de compreensão dos portadores de transtornos mentais; há restrições no acesso aos meios de comunicação disponíveis, que ocorrem em relação ao uso do telefone, e se justificam pelo fato dos portadores de transtornos mentais na maioria das vezes apresentarem quadro psicótico, não sendo possível discernir quanto à utilização equilibrada desse meio. Os participantes demonstraram desconhecer os tipos de internação, o papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária e os direitos dos portadores de transtorno mentais. Conclui-se assim que não basta a existência de legislação que garanta o respeito aos portadores de transtornos mentais. O conhecimento da legislação de saúde mental pelos profissionais de saúde mental é de extrema importância para a implementação efetiva da lei, sendo necessário, portanto, promover ações de conscientização direcionadas aos profissionais de saúde sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, bem como sobre as mudanças no modelo de atenção trazidas pela Lei 10.216/01.

Palavras-chave: Direito à saúde. Saúde Mental. Direitos do paciente. Reforma Psiquiátrica. Lei 10.216/2001.

ABSTRACT

BRITO, E.S. **Human Right to Mental Health: the comprehension of health professionals.** 2011. 126 f. Thesis (Master's Degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. Ribeirão Preto, 2011.

The psychiatric reform movement was consolidated in Brazil with the Law 10.216 from 2001, formalizing the new model of the mental health care network. In this context, this descriptive research with a qualitative approach presented the aim to identify how health professionals who work at a psychiatric hospital at the city of São José do Rio Preto understand the human rights established by the Law 10.216/2001 on the protection of persons with mental disorders and about the changes in the care model established in the country. In order to collect data, the author used semi-structured interviews and participant observation. Data were analyzed through content analysis. 33 health professionals who participate in the hospitalization process and care to patients were interviewed. Among them, there were nurses, nursing auxiliaries and technicians, medical doctors, social workers, psychologists and occupational therapists. Results showed that: health professionals believe people have easy access to the service, although there is an order to be followed and patients must enter the system through the emergency service where they will find the availability of places, which is scarce as this is the only hospital in the region; in spite of knowing the importance of family in the treatment of the patient with mental disorders, the strategies used to assure their participation are not enough and they face several cases of patients' abandonment by their families, with respect to the community participation in the treatment, it is not strong at the hospital studied because it is a closed institution, which limitates the interaction between the patient and the community. Patients have some external contact when they have a temporary leave from hospital at the weekends. Thus, community participation is limited to donations and volunteer work; in addition, the stigma regarding the patient with mental disorders is still in the community. However, the author also found the stigma present among the health professionals. The access to information regarding the disorder and treatment is also limited by the patients with mental disorders. The information were considered insufficient by the majority of the subjects due to the lack of time for an individualized care and the difficulty of patients to understand.

There are restrictions in the use of communication means, especially regarding the telephone. Participants justified the restriction to the fact that the patients are not able to use it in a balanced way. The subjects demonstrated a lack of knowledge about the hospitalization types as well as the role of prosecution on involuntary hospitalization and the rights of the patients. Author concludes that it is not enough to have a Law to assure the respect to the rights of persons with tmental disorders. The knowledge by health professionals of the legislation on mental health is extremely important for the implementation of the Law and in order to achieve this state it is important to promote actions directed to health professionals regarding the rights of the patients as well as their links with the changes occurred in the model of care after the Law 10.216/01.

Keywords: right to health, mental health, patients' health, psychiatric reform, Law 10.216/2001.

RESUMEN

BRITO, E.S. **El Derecho Humano a la Salud Mental: comprensión de los profesionales del área.** 2011. 126 f. Dissertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2011.

El movimiento de reforma psiquiátrica fue consolidado en Brasil con la Ley 10.216 de 2001, formalizando un nuevo modelo de cuidado a salud mental. En este contexto, esta investigación descriptiva con abordaje de datos cualitativa presentó como objetivo identificar como los profesionales de salud que trabajan en un hospital psiquiátrico de la ciudad de São José do Rio Preto comprenden los derechos humanos establecidos en la Ley 10.216/2001, que dispone sobre la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirecciona el modelo de cuidado a la salud mental. Fue utilizada para la recolección de datos la entrevista semi-estructurada y la observación participante y para el análisis de datos el análisis de contenido. Fueron entrevistados 33 profesionales de salud que participan del proceso de hospitalización y cuidados al paciente, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería, médicos, asistentes sociales, psicólogos y terapeuta ocupacional. Los resultados demuestran que: los profesionales creen que las personas tengan fácil acceso al servicio, además de existir un flujo de atendimento a ser seguido y los pacientes tengan que pasar primero por la emergencia donde se va a verificar la disponibilidad de cupos, que es escasa, debido al hecho de que el hospital es el servicio más utilizado en la región para el cuidado a los portadores de trastornos mentales; los profesionales saben la importancia de la participación de la familia en el tratamiento, pero las estrategias utilizadas para asegurarla no son suficientes y ocurren casos de abandono de pacientes por la familia; la participación de la comunidad en el tratamiento no es posible en el local de estudio por ser una institución cerrada, lo que limita la interacción del paciente con la comunidad, siendo posible solamente cuando salen en los finales de semana. Así, la participación de la comunidad se limita a donaciones y trabajos voluntarios; el estigma con relación a los portadores de trastornos mentales es evidente principalmente por parte de la comunidad. Todavía, también es observado en los propios sujetos del estudio; el acceso a las informaciones por los pacientes sobre su trastorno y el tratamiento es limitado. Las informaciones fueron consideradas insuficientes por la mayoría de los

sujetos debido a la falta de tiempo para una atención individualizada y la dificultad de comprensión de los portadores de trastornos mentales; hay restricciones en el acceso a los medios de comunicación disponibles, que ocurren en relación al uso del teléfono y se justifican por el hecho de que los portadores de trastornos mentales en cuadro psicótico no consiguen discernir cuanto al uso equilibrado de este recurso. Los participantes demostraron desconocer los tipos de internación, el papel del Ministério Público en la hospitalización involuntária y los derechos de los portadores de trastornos mentales. Se concluye que no basta la exigencia de legislación que garanta el respeto a los portadores de trastornos mentales. El conocimiento de la legislación de salud mental es de extrema importancia para la implementación efectiva de la ley, siendo necesario, así, promover acciones de concientización direccionadas a los profesionales de salud sobre los derechos de los portadores de trastornos mentales, bien como sobre los cambios en el modelo de cuidado resultantes de la Ley Lei 10.216/01.

Palabras-clave: derecho a la salud. Salud mental. Derechos del paciente. Reforma Psiquiátrica. Ley 10.216/2001.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Interrelação entre os objetivos, as perguntas de pesquisa e os artigos da Lei 10.216/01.....	53
Quadro 2	Categorias e subcategorias temáticas resultantes da sistematização dos achados da pesquisa.....	57
Quadro 3	Demonstrativo do número de leitos, internações e quadro de pessoal	60
Quadro 4	Distribuição dos pacientes nas alas do hospital, considerando o número de leitos e os leitos ocupados no período da pesquisa	60
Quadro 5	Características individuais dos sujeitos do estudo.....	61
Quadro 6	Frequência das características dos entrevistados segundo sexo, estado civil, profissão, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição	63
Quadro 7	Calendário do período de observação realizado pela pesquisadora no local do estudo	64
Quadro 8	Interrelação entre os direitos elencados na Lei 10.216/2001 e as Categorias e Subcategorias Temáticas.....	102

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Processo de evolução da legislação em saúde mental no Brasil com base no movimento internacional de proteção dos Direitos Humanos.....	45
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OUA	Organização da Unidade Africana
TSO	Tratamento Sanitário Obrigatório
MTSM	Movimento dos trabalhadores em saúde mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DIR	Direção Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução.....	17
2 O Direito Humano à Saúde Mental: do movimento de proteção internacional dos direitos humanos à Lei Federal 10.216/2001	21
2.1 Proteção Internacional dos Direitos Humanos, o Direito à Saúde e a inserção brasileira.....	22
2.2 Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.....	26
2.2.1 Movimentos Reformistas Pós-Pinelianos	30
2.2.2 Reforma psiquiátrica e legislação italiana	35
2.3 Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil	38
3 Objetivos	46
3.1 Objetivo Geral	47
3.2 Objetivos Específicos	47
4 Metodologia	48
4.1 Desenho do estudo	49
4.2 Local de estudo	50
4.3 Sujeitos participantes do estudo.....	50
4.4 Aspectos éticos	51
4.5 Procedimento de coleta dos dados	52
4.5.1 A Entrevista em profundidade	52
4.5.2 A Observação Participante.....	56
4.6 Análise dos dados	57
5 Resultados e Discussão	59
5.1 Caracterização do local do estudo	60
5.2 Caracterização dos sujeitos do estudo.....	62
5.3 Observação participante: conhecendo a rotina de um hospital psiquiátrico	65
5.4 Categorias e subcategorias temáticas	67
5.4.1 A pessoa portadora de transtorno mental e o acesso ao hospital.....	67
5.4.2 A inserção da família no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental	69
5.4.3 A comunidade e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental.....	73
5.4.4 Acesso às informações sobre o transtorno mental e a internação	77

5.4.5 Acesso aos meios de comunicação disponíveis	87
5.4.6 Lacunas no conhecimento dos profissionais sobre os tipos de internação, suas diferenças e especificidades.....	88
5.4.7 Compreensão dos profissionais sobre os direitos dos pacientes	96
6 Considerações Finais	106
Referências	110
Apêndices	121
Anexo	125

Com a reorganização política internacional em meados dos séculos XX e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos humanos foram reconhecidos em diferentes instrumentos internacionais e caracterizados por sua indivisibilidade e interdependência. Nesse contexto, os direitos civis e políticos e os direitos sociais, econômicos e culturais foram aclamados como direitos de todos os seres humanos. A saúde foi, assim, reconhecida como um direito social e fundamental das pessoas, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica, e conceituada como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou outros agravos (ROCHA, 1999).

Contudo, observa-se na prática a dificuldade de alguns grupos da população realmente efetivarem o exercício dos seus direitos humanos. Dentre as violações aos direitos humanos, ressaltam-se as relacionadas aos portadores de transtornos mentais e que deram origem a um movimento internacional de reforma a partir da década de 1970, que atraiu não só profissionais da saúde, mas também leigos, intelectuais, pacientes e familiares. Com caráter reformista e conotação socialista e social-democrática, o movimento propunha um novo modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do portador de transtorno mental com a desconstrução do aparato manicomial, a construção de uma concepção diversa de doença mental e a reinvenção da prática assistencial dos enfermos, de modo a possibilitar o resgate de sua cidadania e reinserção social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

No Brasil, o movimento consolidou-se com a Lei 10.216 de 2001 que formalizou um modelo em rede de assistência à saúde mental no país, envolvendo instituições que se inserissem de uma forma mais efetiva na comunidade (BRASIL, 2001). Entretanto, a aprovação da nova regulamentação não solucionou, a curto prazo, as dificuldades em se cumprir as leis de proteção ao portador de transtornos mentais.

Os profissionais, pessoas com transtorno mentais e suas famílias muitas vezes são mal informados sobre as mudanças provocadas pela nova legislação. Em alguns casos, podem estar bem informados sobre as mudanças,

mas permanecem reticentes sobre as razões para essas mudanças e, por isso, não agem em conformidade com a lei. Isso é especialmente verdadeiro quando a legislação sobre saúde mental requer transformações importantes em suas práticas habituais relacionadas à saúde mental

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2005, p. 143).

Enfatiza-se, assim, que o novo modelo só será eficaz quando for adotado por profissionais de saúde mental, em parceria com os usuários e sua famílias, agentes detentoras de possíveis ações judiciais legais que possibilitem o cumprimento da lei (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

Nesse contexto, esta pesquisa buscou responder à pergunta: como os profissionais de saúde compreendem os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais?

Os objetivos específicos do estudo foram: identificar como os profissionais compreendem as facilidades e dificuldades: de acesso ao serviço, de acesso a um cuidado humanizado e integrado à família e comunidade em um ambiente menos invasivo; identificar como compreendem o acesso às informações sobre a doença e a internação, a garantia do sigilo nas informações prestadas e o acesso aos meios de comunicação disponíveis e identificar o conhecimento dos profissionais sobre as diferenças e especificidades dos tipos de internação dos portadores de transtornos mentais.

O estudo se insere na linha de pesquisa “Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O trabalho se justifica pela carência de estudos realizados na área sobre o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito dos direitos dos pacientes, e também pela relevância da interdisciplinaridade entre direito e saúde. Nessa perspectiva, a ligação entre as idéias e a prática dos direitos humanos pode ajudar a revitalizar a saúde e consolidar a cidadania, especialmente de grupos vulneráveis como os pacientes portadores de transtornos mentais (MANN, 1996).

Há décadas, a preocupação com o cumprimento e o respeito aos Direitos Humanos e os Direitos do Paciente vêm emergindo cada vez mais fortemente em nossa sociedade. Embora os direitos do paciente constituírem um tema já conhecido e preconizado na área da saúde, em nossa realidade, parece ainda estar sendo pouco valorizado e investigado. É frequente depararmo-nos com fatos que parecem evidenciar atitudes de desrespeito aos direitos dos pacientes, principalmente quando se trata de portadores de transtornos mentais. Dessa forma, salienta-se que os

profissionais de saúde podem contribuir para uma maior compreensão dos impactos sobre a saúde que resultam da falta de respeito aos direitos humanos e à dignidade, e também que a promoção e proteção da saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e proteção dos direitos humanos.

Este trabalho visa, portanto, estimular a reflexão dos profissionais de saúde do serviço estudado sobre os direitos humanos dos pacientes portadores de transtornos mentais e, como consequência, contribuir para um cuidado psiquiátrico mais humanizado.

O estudo foi dividido em 6 capítulos.

O primeiro se trata desta introdução que apresenta o trabalho, seus objetivos e justificativa. O segundo capítulo introduz o movimento de proteção internacional dos direitos humanos e a inserção brasileira, focando o direito humano à saúde e os acordos de proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em seguida, apresenta os movimentos reformistas, a reforma psiquiátrica italiana e sua influência na reforma psiquiátrica brasileira e a evolução da legislação em saúde mental no Brasil. No terceiro capítulo são elencados os objetivos da pesquisa. Em seguida, no capítulo quatro, são detalhados o desenho do estudo, bem como os aspectos éticos relacionados aos procedimentos de coleta e análise dos dados. No capítulo cinco são descritos os resultados e discussão a partir das categorias temáticas e com fundamento no referencial teórico, considerando os objetivos da pesquisa. Enfim, no sexto capítulo são apresentadas as considerações finais.

*2 O Direito Humano à Saúde Mental: do movimento de
proteção internacional dos direitos humanos à Lei Federal*

10.216/2001

2.1 Proteção Internacional dos Direitos Humanos, o Direito à Saúde e a inserção brasileira

O processo histórico de consolidação e expansão das regras de proteção internacional dos direitos humanos é marcado pelo fenômeno da multiplicidade e diversidade dos mecanismos de proteção, acompanhados pela identidade predominante de propósito e pela unidade conceitual. Tais instrumentos de proteção, de natureza e efeitos jurídicos distintos, ao se multiplicarem ao longo dos anos, buscaram ampliar o alcance da proteção a ser estendida às vítimas de violações. Nesse contexto, os tratados e convenções internacionais celebrados pelos países são usados para aprimorar e fortalecer o grau de proteção dos direitos consagrados (TRINDADE, 1991).

No caso brasileiro, a incorporação do Direito Internacional dos Direitos Humanos e de seus importantes instrumentos é consequência do processo de democratização, iniciado em 1985. Esse processo possibilitou a reinserção do Brasil na arena internacional de proteção dos direitos humanos. Ao romper com a sistemática das constituições anteriores, a Constituição da República de 1988, ineditamente, consagrou o primado do respeito aos direitos humanos, como paradigma propugnado pela ordem internacional. Esse princípio invocou a abertura da ordem jurídica interna ao sistema internacional de proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2007).

A Constituição de 1988 também inovou ao atribuir aos acordos internacionais de direitos humanos uma natureza especial e diferenciada de norma constitucional. O artigo 5º, §2º inclui, portanto, entre os direitos fundamentais os enunciados nos tratados internacionais de que o Brasil seja parte (BRASIL, 1988).

De todo modo, especialmente em 1992, por ocasião da ratificação brasileira aos três tratados gerais de proteção dos direitos humanos – a Convenção Americana e os dois Pactos de Direitos Humanos das Nações Unidas, o Estado brasileiro passou definitivamente a se inserir no sistema de proteção internacional dos direitos humanos. O processo de inserção, no entanto, exige a adoção de providências adicionais, com vistas ao completo alinhamento do Brasil com a causa da plena vigência dos direitos humanos no plano nacional (PIOVESAN, 2007).

Nas Nações Unidas, o Comitê de Direito Econômicos, Sociais e Culturais tem elaborado sucessivos estudos e pareceres no sentido de dar maior concretude às obrigações internacionais assumidas pelos Estados, tais como o aprimoramento do sistema de relatórios (para permitir uma validação sobre os avanços de cada país nesta área), criação de uma "assistência técnica" internacional, para auxiliar países subdesenvolvidos, fixação de obrigações mínimas de cumprimento imediato, e dar prioridade ao atendimento às necessidades de grupos sociais em condições desfavoráveis (TRINDADE, 1996 apud WEISS, 2006)¹.

Grande número de instrumentos das Nações Unidas (ONU) refere-se à saúde das pessoas, e muitos deles ao direito à saúde. O primeiro a citar o direito à saúde foi a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a saúde um direito fundamental do ser humano.

O Direito Humano à Saúde

A saúde começou a interessar ao direito, inicialmente, com a noção de que existe uma "saúde pública e coletiva" a ser protegida. Assim, o higienismo foi acompanhado das primeiras normas jurídicas voltadas a intervir ativamente para a proteção da saúde pública e coletiva. Regras sobre o tratamento de resíduos sólidos e líquidos, sobre higiene pessoal e o uso de áreas públicas, por exemplo, passaram a fazer parte do sistema normativo das sociedades (AITH, 2007).

Contudo, somente com a reorganização política internacional em meados dos séculos XX e com a criação da OMS (1946) é que a saúde foi reconhecida como um direito fundamental de todo ser humano, e passou a ser protegida juridicamente nos Estados Modernos, por meio de normas que estabelecem obrigações ao poder público e aos cidadãos para a sua plena realização.

Antes disso, as referências sobre o direito à saúde são bastante escassas, mas havia um senso de responsabilidade estatal, ou pelo menos comunitário, em relação à saúde pública desde as antigas civilizações. A primeira atividade sanitária mais concreta encontrada foi a construção de sistemas de suprimento e drenagem no antigo Egito, na Índia, na civilização creta micênica, em Tróia e na sociedade inca.

Na Grécia, funcionários específicos, os *astynomi*, eram responsáveis pelo suprimento e pela drenagem de água. Em Roma, foram criados serviços públicos de

¹ TRINDADE, C. La protección internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. In Estudios Básicos de Derechos Humanos, v. 1, p. 57.

saúde, sob a administração de Augusto, em um sistema administrativo eficiente que continuou a funcionar mesmo quando o Império decaiu e se desintegrou. Uma comissão de saúde, criada por esse sistema, tinha como funções a supervisão dos banhos públicos, incluindo testes dos aparelhos de aquecimento, a conservação das ruas, inclusive mantê-las planas, e sua limpeza, pela qual se responsabilizavam também os proprietários das casas. Cabia-lhe, ainda, controlar o suprimento de alimentos por meio de inspeções nos mercados, podendo proibir a venda de gêneros estragados (CURY, 2005).

No Ocidente, os hospitais geralmente se originaram da Igreja. A partir do século XII, o hospital medieval começou a passar das mãos de religiosos para a jurisdição secular, em especial nas cidades. Esse fato não implicou a completa substituição do clero, pois os monges e freiras continuaram a cuidar dos enfermos. Administrativamente, no entanto, a responsabilidade passou às autoridades municipais (CURY, 2005).

No século XVIII, a importância da saúde e seus efeitos foram reconhecidos e enfatizados, enquanto se faziam esforços para debater vários e novos problemas ligados à saúde. Esses esforços para melhorar a saúde pública se refletiram na primeira legislação sobre saúde no século XIX e depois no direito à saúde no século XX. Assim, a saúde como direito humano teve sua origem no movimento pela saúde pública do século XIX e vem se desenvolvendo em direção ao reconhecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais desde então (CURY, 2005).

A saúde foi objeto de inúmeras convenções internacionais, até se chegar à OMS, nos dias de hoje. A OMS é a agência especializada das Nações Unidas para a saúde. Iniciou seu funcionamento em 1948 e sua constituição prevê que o seu papel é o de possibilitar para todos os povos o melhor nível de saúde possível. Atua com o objetivo de criar um direito sanitário internacional (SCHWARTZ, 2004). Concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, a OMS se engaja em um grande número de iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de ações voltadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde (MATTOS, 2001). Fazem parte da OMS todos os países-membros da ONU que ratificaram ou aderiram à sua constituição, bem como os países convidados que participaram da Conferência Internacional de Saúde. Atualmente a organização é governada por 192 Estados parte, por meio da Assembléia Mundial de Saúde,

composta por representantes destes mesmos Estados.

No preâmbulo da Constituição da OMS, os Estados membros declararam que, em conformidade com a Carta da ONU, os princípios a seguir são básicos para a felicidade dos povos, suas relações harmoniosas e para sua segurança: a) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade; b) gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social; c) a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados; d) os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos; e) o desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum; f) o desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; e a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento; g) a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde; h) uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de importância capital para o melhoramento da saúde dos povos; i) os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1946).

Subsequentemente, o direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), na Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), na Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979) e na Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), além de vários documentos de organizações regionais de direitos humanos como o Conselho da Europa, a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização da Unidade Africana (OUA) (CURY, 2005).

No Brasil, o direito à saúde se afirmou somente a partir da Constituição da República de 1988 que o reconheceu como um direito humano fundamental, direito de todos e dever do Estado, resultando em um avanço significativo para a proteção da saúde e ensejando o crescimento do Direito à Saúde no país.

Dispõe o art. 196 da Constituição da República que:

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 (BRASIL, 1988).

Além deste artigo, há vários outros dispositivos que mencionam o tema da saúde na Constituição Federal: arts. 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 197, 216, 218, 220, 225, 227 e 230 (BRASIL, 1988).

A partir do reconhecimento da saúde como direito, as questões relacionadas com a saúde da população passaram a ser acompanhadas, medidas e reguladas de forma muito mais intensa pelo direito brasileiro.

Viu-se uma produção normativa nunca antes vista no que se refere ao tratamento do Direito Sanitário: destaquem-se as Leis que representam, em seu conjunto, o que se convencionou chamar de Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990); os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais; as Leis de criação das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Lei 9.782) e de Saúde Suplementar (Lei 9.656); a recente Lei que criou a Hemobrás e também a recente Lei de Bioética (Lei 11.105/05), dentre outras diversas que tratam exclusivamente de assuntos relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. Além da legislação aprovada pelo Congresso Nacional, o Direito Sanitário foi alimentado por uma quantidade significativa de regulamentos infralegais voltados à regulação de ações e serviços de interesse à saúde no país. São diversos Decretos, Portarias e Resoluções produzidos a partir dessa nova ordem normativa justamente para proteger o direito à saúde (AITH, 2007, p. 84).

Dentre as leis voltadas para o tratamento jurídico da questão da saúde no Brasil, a mais relevante para este estudo é a Lei 10.216, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, antes de descrevê-la, é importante rever o movimento de evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no âmbito internacional e nacional.

2.2 Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais

Ao longo da história, as pessoas com transtornos mentais sofreram as piores indignidades se comparadas a qualquer outro grupo. Temidos e mal-entendidos, foram excluídos da vida em sociedade, por serem considerados um

perigo para si próprios e para os que os cercavam e incapazes de tomar decisões por si mesmos. Muitos foram e ainda são privados de sua liberdade, isolados em instituições psiquiátricas em condições deploráveis que prejudicam a sua saúde e em alguns casos, até mesmo suas vidas. Além disso, muitos países não possuem um sistema de saúde que forneça tratamento básico e proteção para as pessoas com transtornos mentais, circunstâncias estas que violam os princípios dos direitos humanos encontrados em normas internacionais e instrumentos jurídicos regionais (GABLE et al. 2005).

O desenvolvimento da proteção dos direitos humanos para pessoas com transtornos mentais é uma das grandes realizações das últimas décadas. Emergiu a partir dos esforços coletivos de dois dos grandes movimentos sociais internacionais dos últimos sessenta anos: o movimento de direitos humanos e o movimento pelos direitos dos deficientes. O movimento de direitos humanos, descrito anteriormente, tem elucidado princípios fundamentais para a proteção dos direitos e liberdades do ser humano, independentemente de qualquer distinção. O movimento pelos direitos dos deficientes tem defendido os direitos das pessoas com deficiência, no âmbito nacional e internacional, embasado nos fundamentos dos direitos humanos como a igualdade, a não discriminação, o direito à privacidade e autonomia individual, liberdade de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação (GABLE et al. 2005; OMS, 2005).

O direito fundamental à atenção à saúde mental é destacado em diversos acordos e normas internacionais: Declaração de Direitos Humanos da ONU (1948); Carta Social Européia (1961); Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966); Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais; Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978); Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres (1979); Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos e degradantes (1987); Convenção Européia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos ou degradantes (1987); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); Carta Africana (Banjul) dos Direitos

Humanos e dos Povos (1988); Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989); Regras Padrão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com deficiências; Declaração de Caracas (1990); Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991); Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994); Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências (1999); Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001) (OMS, 2005).

A proteção contra a discriminação é enfatizada na maioria desses instrumentos, que assinalam as pessoas como titulares dos direitos humanos. Sendo assim, os direitos humanos devem ser assegurados a todos sem qualquer forma de discriminação. Outros direitos importantes especificamente protegidos por esses documentos incluem o direito a serviços de reabilitação, o direito à integração na comunidade, o direito à acomodação razoável, o direito à liberdade e segurança da pessoa e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com deficiência (OMS, 2005).

Em consonância com este movimento de afirmação dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a Declaração de Caracas de 1990 (OMS, 1990) visa a reestruturação da atenção psiquiátrica existente promovendo serviços de saúde mental de base comunitária. Dessa forma, preconiza que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas com transtornos mentais devem salvaguardar sua dignidade e direitos humanos, fornecer tratamento racional e apropriado e empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em sua comunidade. Afirma que a legislação de saúde mental deve salvaguardar os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e que os serviços devem ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos.

Posteriormente, em 1991, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” que salientam, dentre outros, a importância do acesso à atenção à Saúde Mental (princípios 1 e 8), o direito de confidencialidade das informações (princípio 6), o direito de acesso à

informação (princípio 19), direitos e condições em estabelecimentos de saúde mental (princípio 13), notificação de direitos (princípio 12(1) e (2)), tutela (princípio 1(6)), tratamento no ambiente menos restritivo (princípio 9(1)), procedimentos médicos ou cirúrgicos especiais (princípio 11(13)), psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis (princípio 11 (14)), isolamento e restrições (princípio 11(14)), o consentimento pelo paciente para o tratamento (princípio 11(1)), tornando-se cada vez mais restritas as hipóteses de internação involuntária (princípio 16(1) e (3)), abrindo um leque maior de direitos ao usuário (ONU, 1991).

Ressalta-se ainda a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências de 1999, que foi a primeira convenção internacional a tratar especificamente dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Seus objetivos foram prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências mentais ou físicas e promover sua plena integração à sociedade (OEA, 1999).

Observa-se, portanto, que os instrumentos internacionais de direitos humanos citados geralmente recaem em duas categorias: os que obrigam legalmente os Estados que ratificaram (exemplo: Convenções Internacionais de Direitos Humanos), e os que se referem aos “padrões” internacionais de direitos humanos, que são considerados diretrizes consagradas em declarações, resoluções ou recomendações internacionais, emitidas principalmente por organismos internacionais (exemplos: Resoluções da Assembléia Geral da ONU como os Princípios para a Proteção de Pessoas com enfermidades Mentais e para a Melhoria da Saúde Mental). Estes últimos, ainda que não legalmente obrigatórios, influenciam a legislação dos países membros da ONU. Nessa perspectiva, constata-se que apenas a Convenção de 1999 é vinculante quanto aos direitos dos portadores de transtornos mentais, para os países que a ratificaram ou aderiram, e que os outros documentos relacionados não são mandatórios, mas constituem princípios e ideais a serem alcançados pelos países. Ademais, salienta-se também que os portadores de transtornos mentais são titulares de todos os direitos das pessoas humanas e que, nesse contexto, os governos estão submetidos a obrigação de respeitar, promover e realizar os direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais conforme definidos em documentos internacionais de direitos humanos obrigatórios (OMS, 2005; MAZZUOLI, 2002).

As conquistas quanto à proteção dos direitos humanos dos portadores de

transtornos mentais no âmbito internacional são resultado dos movimentos reformistas que questionavam o papel e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico. As discussões aconteceram de forma e em tempos diferentes em cada região ou país, mas o objetivo era o mesmo, acabar com o modelo tradicional de exclusão, submetendo o portador de transtornos mentais a um novo complexo de intervenções em que a preocupação com a pessoa humana fosse central (CINTRA JUNIOR, 2003).

2.2.1 Movimentos Reformistas Pós-Pinelianos

Após a Segunda Guerra Mundial, as preocupações com relação à impotência terapêutica da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social redimensionaram o campo teórico assistencial, configurando os grandes períodos de crítica e proposições reformistas (KANTORSKI, 2007). Os movimentos reformistas pós-pinelianos se disseminaram por toda a Europa e os Estados Unidos, questionando o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995; ANAYA, 2004).

Birman e Costa (1994) classificam esses movimentos como: 1) as reformas restritas ao espaço asilar: a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psiquiatria institucional (França); 2) as reformas que utilizam a comunidade como ponto central para o tratamento: a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA). Ainda, segundo Amarante (1995), há um terceiro movimento: a antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática Italiana, surgida a partir das experiências de Franco Basaglia na Itália, “como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (AMARANTE, 1995, p. 27).

Comunidade Terapêutica

O termo comunidade terapêutica foi utilizado em 1959, na Inglaterra por Maxwell Jones, com base em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico,

inspiradas nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman, embora tenha surgido em 1946 quando T. H. Main denominou comunidade terapêutica o trabalho que vinha desenvolvendo em companhia de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham. A comunidade terapêutica passou a se caracterizar por um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995).

Essa experiência chamou a atenção da sociedade para a situação precária e deprimente dos portadores de transtornos mentais institucionalizados em hospitais psiquiátricos, que não cumpriam com a sua função de recuperação dessas pessoas. Esse quadro abriu espaço para o surgimento de uma série de propostas de reformulação do espaço asilar, até então desconhecidas.

Assim, a reforma sanitária inglesa é marcada pelo trabalho que Maxwell Jones (AMARANTE, 1995). Jones (1972, p. 89) define a estrutura de uma comunidade terapêutica:

Toda a comunidade terapêutica constituída de equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto isto é praticável ou desejável depende, naturalmente, de muitas coisas como, por exemplo, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional.

Maxwell Jones criou o termo "aprendizagem ao vivo" para definir a possibilidade do paciente aprender meios de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e, assim, se relacionar positivamente com os demais (JORGE, 1997).

Psicoterapia institucional

O termo psicoterapia institucional foi utilizado por Daumezon e Koechilin em 1952 para caracterizar o trabalho que, anos antes, havia sido iniciado por François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, na França. Objetivou, inicialmente, o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, tal como pretendia Pinel e Esquirol. Considerava que as próprias instituições têm características doentias e que

devem ser tratadas, e mantinha o exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra institucionais (AMARANTE, 1995).

Assim como a comunidade terapêutica, o projeto da psicoterapia institucional também se restringia ao espaço asilar, considerando este o lugar ideal para acolher e tratar a pessoa com transtorno mental.

Psiquiatria de setor

O movimento de psiquiatria de setor surgiu na França do pós-guerra e foi incorporado a partir dos anos 60 como política oficial do país. É um movimento de contestação da psiquiatria asilar e tem como princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, priorizando a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, tornando-se um fator terapêutico.

O hospital era dividido em vários setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade. Essa divisão possibilitaria manter os hábitos e costumes de cada região na população interna, e haveria uma continuidade no tratamento, com a mesma equipe, após a saída do hospital.

Segundo Amarante (1995, p. 35),

a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas, e, ainda seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e “pós-cura”.

Psiquiatria preventiva

A psiquiatria preventiva nasceu nos Estados Unidos na década de 60, durante o governo Kennedy e seu discurso visava à prevenção e a cura de doenças mentais. É com a psiquiatria preventiva que o objeto doença mental foi substituído por saúde mental. Suas propostas, além de acarretar na medicalização dos comportamentos sociais, serviram para preparar a constituição de várias experiências de “desinstitucionalização” para diversos países, sendo adotada por vários organismos internacionais como a OMS e a OPAS (ANAYA, 2004).

Consistindo em medidas de saneamento e racionalização de recursos, criaram-se estruturas extra-hospitalares na comunidade, de caráter intermediário, que deveriam assistir os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, porquanto o aumento de altas hospitalares possibilitava a diminuição de leitos e a economia de gastos. Por outro lado, transferiam-se pacientes para essas estruturas assistenciais de pequeno porte, de caráter intermediário e com base preventiva e comunitária (ANAYA, 2004, p. 43).

A despeito das transformações operadas pelas experiências apresentadas, e das grandes diferenças entre elas, pode-se afirmar que seu raio de ação respeitou os limites da instituição psiquiátrica. “Essas experiências não puseram em xeque o sistema psiquiátrico: na realidade, procuraram aperfeiçoá-lo” (BEZERRA JUNIOR, 1992, p. 171).

Antipsiquiatria

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra na década de 60 com um grupo de psiquiatras com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Procurou romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Buscou um diálogo entre a razão e loucura enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do discurso através do delírio do louco, que não deve ser podado. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995).

Paralelamente, desenvolvia-se na Itália, a experiência mais tarde denominada psiquiatria democrática.

Psiquiatria Democrática Italiana

A psiquiatria democrática italiana “acentuava de modo enfático a necessidade de combinar transformações no sistema assistencial com intervenções nos elementos de ordem social, política e cultural que sustentam o universo manicomial” (BEZERRA JUNIOR, 1992, p. 172).

A experiência italiana não se identifica com nenhuma das perspectivas

apresentadas anteriormente, embora contenha elementos de todas (KINOSHITA, 1987).

A partir de um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e a inviabilidade de uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política, Franco Basaglia, após participar de um trabalho de transformações em Gorizia, na Itália, chega a Trieste e começa um empreendimento de demolição do aparato manicomial. Propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura (JORGE, 1997).

O centro da questão já não era mais apenas o transtorno, nem mesmo apenas a pessoa, e sim as relações no corpo social em que a experiência de sofrimento era vivida (BEZERRA JUNIOR, 1992). Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 27-28, grifos do autor):

... os psiquiatras inovadores italianos (em Gorizia, nos anos 60, e depois em Trieste, nos anos 70 e atualmente) trabalham com a hipótese de que o *mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social*. Sobre esta separação artificial se construiu *um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos* (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “*existência*” doente.

A experiência italiana, diferentemente de qualquer outra, assumiu o termo desinstitucionalização como desconstrução. Era necessário desinstitucionalizar, desmontar e desconstruir a instituição para retomar contato com a existência dos pacientes (AMARANTE, 1995; ANAYA, 2004).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 19) diferenciam desinstitucionalização de desospitalização, sendo a última “... políticas de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e em alguns casos, embora não frequentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos).”

Para Amarante (1995, p. 49);

... desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

O processo de desinstitucionalização italiano é caracterizado por três aspectos:

- a) a *construção de uma nova política de saúde mental* a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;
- b) a *centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes*, de tal forma que eles, mais ou menos "doentes", sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. *A palavra ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;*
- c) a *construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados* (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 36, grifos do autor)

Este sistema tornou-se referência para várias experiências no mundo. No Brasil inspirou o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica surgido na década de 1970.

2.2.2 Reforma psiquiátrica e legislação italiana

Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia na década de 1960, iniciando uma série de transformações no interior da organização, como o fim das ações institucionais de contenção e a criação de condições para reuniões e encontro entre pacientes, médicos e os demais profissionais envolvidos, o que permitiu a abertura do primeiro pavilhão do hospital para a comunidade, que a partir daí também passou a participar das reuniões.

Com a argumentação de que a existência do hospital psiquiátrico não se justificava do ponto de vista médico, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o seu fechamento e a abertura de centros externos para tratamento e assistência. Entendiam que o único motivo de as pessoas continuarem internadas no hospital era a resposta a não disporem de condições econômicas e sociais para sobrevivência. Como a administração da cidade se opôs à solicitação, toda a equipe fez a declaração de cura aos pacientes e demitiu-se em seguida (ANAYA, 2004).

Logo após a demissão de toda a equipe de Gorizia, no final de 1968,

Basaglia partiu para os Estados Unidos. Posteriormente, retornou à Itália, indo para Trieste em 1971 para assumir a direção do Hospital San Giovanni, onde deu início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental.

O hospital psiquiátrico foi progressivamente esvaziado, completamente reconvertido e oficialmente abolido em 1980. Foram criados sete Centros de Saúde Mental, sendo um para cada área da cidade. Esses centros se caracterizam por serem estruturas substitutivas do manicômio, montados como uma casa, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, o que criou a possibilidade de fechamento efetivo do manicômio. Também foi criado um pronto-socorro psiquiátrico no hospital geral, com 8 leitos, tendo como função um plantão psiquiátrico e distribuição de pacientes para centros de saúde mental. Não se restringiu somente aos centros de saúde mental e ao plantão psiquiátrico, foram desenvolvidos também outros serviços e espaços de intervenção, como as os espaços do ex-hospital psiquiátrico, que tornou-se um grande parque municipal no qual as velhas estruturas foram esvaziadas ou destinadas a outros objetivos (apartamentos para ex-internados, unidade de reabilitação para deficientes muito graves, unidade para idosos dependentes, escola maternal, escola primária e laboratórios da universidade, alojamentos para voluntários e estrangeiros que trabalham nas diversas estruturas, estruturas destinadas às atividades dos centros e das cooperativas, etc). Também foram criadas, cooperativas, o centro para tóxico dependentes e o Serviço Psiquiátrico territorial no interior do Cárcere. Esta linha de atuação é que se entende em Trieste concretamente por desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; ANAYA, 2004; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Conforme as experiências de Gorizia e de Trieste assumem grande repercussão no cenário político, o Partido Radical propõe um *referendum* para a revogação da legislação psiquiátrica em vigor. O Estado então constituiu uma comissão para estudar e propor a revisão da legislação italiana.

Na medida em que o trabalho e o pensamento de Franco Basaglia é o que possibilita todo este debate, embora ele mesmo não participe desta comissão, o projeto de lei inspira-se fundamentalmente em suas ideias e termina por ser identificado publicamente ao seu nome, passando a ser conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978 (AMARANTE, 1995, p. 50).

A lei veio implementar o processo de desinstitucionalização que estava

sendo praticado, eliminando a internação psiquiátrica e a construção de serviços na comunidade que substituíssem inteiramente a própria internação. Seus pontos centrais são (KINOSHITA, 1987; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001):

- a) proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e da internação de pacientes psiquiátricos naquelas estruturas. Dessa forma, foram dadas as diretivas às administrações regionais, para que estabelecessem os tempos de um gradual processo de alta dos pacientes internados, visando um progressivo esvaziamento dos hospitais psiquiátricos;
- b) os serviços territoriais tornaram-se os responsáveis pela saúde mental de uma dada população e coordenariam o conjunto de estruturas necessárias; entre essas poderiam existir enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, que não poderiam exceder a quinze leitos;
- c) abolição do estatuto de periculosidade social do pessoa com transtorno mental, a tutela jurídica, a internação e o tratamento compulsórios. O cidadão com transtorno mental possui direitos sociais e civis, que incluem o direito ao tratamento. Estes princípios são mantidos também no caso de Tratamento Sanitário Obrigatório, que é previsto em lei.

O instituto do Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) previsto na lei estabelece que o paciente deve manter todos os seus direitos pessoais e no papel do juiz está prevista a tutela desses direitos; o tratamento é decidido por uma autoridade sanitária local e define a obrigação dos serviços sanitários a garantirem tratamento ao paciente; é utilizado apenas em casos excepcionais, por um tempo limitado, e quando já tenham sido esgotadas todas as possibilidades alternativas; também prevê que o TSO não requer necessariamente uma internação em hospital e pode ser desenvolvido na casa do próprio paciente ou no Centro de Saúde Mental (KINOSHITA, 1987; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Em síntese pode-se dizer que a reforma italiana

... tem uma conotação dinâmica, conflitiva, não resolutiva, mesmo porque ela estabelece e promove o objetivo de abolir a internação psiquiátrica. Ou melhor, dizendo de outro modo, exatamente este pano de fundo que caracteriza a reforma italiana, e a diferencia das outras reformas psiquiátricas, faz com que ela não fixe uma solução institucional positivamente concluída e não estabeleça um quadro normativo – mas, ao contrário, suscite dinâmicas, conflitos e transformações, e mantenha dessa forma aberto um campo de incerteza no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, as experimentações, as aprendizagens etc...

(ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 51).

2.3 Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil

Quanto à saúde mental no Brasil, a autonomia da assistência é criação da República. Os primeiros estabelecimentos destinados ao recolhimento de pessoas portadoras de transtornos mentais surgiram durante o Segundo Reinado. No entanto, foram criados quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia. Nos hospícios fundados durante esse período, a presença de médicos era rara e o hospício era visto como casa de reclusão de loucos, mas não um hospital com fins terapêuticos.

Os 'Asilos', 'Hospícios' ou 'Hospitais' eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados 'expostos'), os mendigos, os morféticos e os loucos. Tais hospícios poderiam contar eventualmente com alguma assistência médica, mas sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 985, grifos do autor).

Somente em 1870 começou a surgir a preocupação com a humanidade no tratamento dado aos alienados nos asilos. O presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, João Sertório, sobre o Asilo dos Alienados do Hospital de Caridade comenta que “a lúgubre instância poderá aumentar-lhes a loucura, mas nunca restituir-lhes a razão” (ODA; DALGALARRONDO, 2005). A respeito da instituição, o presidente Carvalho de Moraes ressalta que “o tratamento que nele recebem estes infelizes é inteiramente contrário aos preceitos da ciências e aos princípios de humanidade” (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Em Pernambuco (1883), o presidente Francisco Maria Sodré alertava para a necessidade da construção de um muro que cercasse o edifício do Hospício da Tamarineira, com o objetivo de evitar a evasão de alienados, justificando que sem isso as janelas continuariam gradeadas de ferro, conduta que para ele era absolutamente condenada (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Cinquenta e sete dias após a proclamação da República, foi expedido o

decreto 142, que desanexa do Hospital da Santa Casa da Misericórdia da capital o Hospício de Pedro II, que passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienado (BRASIL, 1890a; MESSAS, 2008).

A partir daí houve uma sequência de decretos relacionados à saúde, muitos deles à saúde mental:

- **Decreto 206 (1890)**, que dava instruções a respeito do modelo assistencial (BRASIL, 1890b).
- **Decreto 508 (1890)**, que estabeleceu que a direção geral do Hospício seria confiada a um médico de competência provada em estudos psiquiátricos (BRASIL, 1890c).
- **Decreto 791 (1890)**, que criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospício Nacional de Alienados (BRASIL, 1890d).
- **Decreto 896 (1892)**, que determinava que os hospícios e asilos teriam por finalidade socorrer os indivíduos enfermos de alienação mental, de ambos os sexos, sem distinção de nacionalidade que precisassem de tratamento. Em seu artigo 54 diz que “haverá no Hospício, como meio de tratamento dos enfermos alienados, as oficinas que o diretor geral entender conveniente estabelecer...” (BRASIL, 1892)
- **Decreto 2.467 (1897)**, que aprovou e mandou executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo (BRASIL, 1897).
- **Decreto 3.244 (1899)**, que reorganizava a assistência a alienados. Inovou ao exigir que todos os médicos fossem psiquiatras (BRASIL, 1899).
- **Decreto 1.132 (1903)**, idealizado por João Carlos Teixeira Brandão, foi a primeira lei abrangente sobre Saúde Mental no Brasil. Defendia os direitos individuais. No artigo 3º dispunha que “o enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessários”. É a mais próxima das leis atuais (BRASIL, 1903).
- **Decreto 8.834 (1911)**, que determinou que “logo que possível fundará a União colônias para ébrios habituais e epiléticos” (BRASIL, 1911).
- **Decreto 4.294 (1921)**, que estabeleceu penalidades para contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados e criou um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas (BRASIL, 1921).

- **Decreto 4.665 (1923)**, que considerou de utilidade pública a Liga Nacional Contra o Alcoolismo (BRASIL, 1923a).
- **Decreto 4.778 (1923)**, que considerou de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental (BRASIL, 1923b).
- **Decreto 5.148-A (1927)**, que renomeou a Assistência aos Alienados, designando-a Assistência a Psicopatas (BRASIL, 1927).
- **Decreto 24.559 (1934)**, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Só foi renovada com a lei de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 1934).
- **Decreto 49.974 (1961)**, que instituiu o Código Nacional de Saúde. Em seu artigo 75, reduziu ao mínimo os internamentos em manicômios, no artigo 77, os abusos na internação e no artigo 85 reitera-se a assistência em meio à sociedade e à família (BRASIL, 1961).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem críticas teóricas às políticas de saúde do Estado e à elaboração de propostas, atitudes que constituíram o movimento da reforma sanitária que “propõe o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país” (BEZERRA JUNIOR, 1992, p. 173). Ao longo desse processo, começaram a surgir denúncias contra o abandono, as violências e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios do país.

Sendo assim, em 1978 formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica.

Também em 1978, Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática veio ao Brasil, retornando ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando as denúncias de maus-tratos e violência feitas anteriormente pelo movimento de trabalhadores de saúde mental (AMARANTE, 2006).

A principal consequência da relação com Franco Basaglia, entretanto, ocorreu em 1989, em Santos. Após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Inamps, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália (AMARANTE, 2006).

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657/89. Um projeto simples com apenas três artigos, cujo conteúdo impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (AMARANTE, 2006; BRASIL, 1989; TENÓRIO, 2002).

O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi aprovada em 2001. No entanto, a lei protagonizou a situação curiosa de produzir efeitos antes de ser aprovada. Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde editou no período 11 portarias, das quais destacam-se as portarias 189/1991 e 224/1992 que deram existência institucional aos Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), e as portarias 106 e 1.220 de 2000 que instituem os “serviços residenciais terapêuticos” (TENÓRIO, 2002).

Em 1994, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. A resolução trata, além de outros assuntos, do consentimento pelo paciente para o tratamento, tornando-se cada vez mais restritas as hipóteses de internação involuntária, abrindo um leque maior de direitos ao usuário. Assim dispõe o Princípio 11:

Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do

período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado (BRASIL, 2002).

Os princípios adotados também regulam as formas de admissão involuntária, sendo que um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

Nesse processo de transformação no campo da atenção psiquiátrica, o Conselho Federal de Medicina normatizou em 09.08.2000 o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental (BRASIL, 2002). E, enfim em 2001, foi promulgada a Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa reforma é resultado de uma mobilização reivindicatória da sociedade que apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando espaços que possibilitam a integração do paciente, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos (PRANDONI; PADILHA, 2006).

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001

A Lei 10.216/2001 representa um marco para a consolidação dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana.

Dessa forma, referida Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os artigos 1º e 2º elencam os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais. São eles:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente cientificados destes direitos.

A lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (art. 3º).

Também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio. Será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º).

Ao contrário do projeto original, a Lei 10.216/2001 permite a existência do hospital psiquiátrico como recurso de tratamento. Os artigos 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação. Ficam vedadas internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º).

O artigo 8º regulamenta a internação involuntária e prevê que esse tipo de internação pode ocorrer em situações ordinárias ou de emergência. No primeiro caso, deve ser solicitada uma autorização judicial prévia. Nas internações de emergência, deve-se, no prazo de 72 horas, comunicar o caso às autoridades judiciais. A portaria GM nº 2.391/2002, acrescenta a modalidade internação voluntária que se transforma em involuntária, assim, se um paciente psiquiátrico internado voluntariamente solicita alta, sem que seu médico concorde com isso, cabe transformar sua internação em involuntária, havendo a necessidade de autorização judicial com todas as garantias legais devidas ao paciente (BRASIL, 2002).

Sob o ponto de vista ético, na internação involuntária o princípio da proteção do paciente e da sociedade entra em choque com o princípio da liberdade e da privacidade pessoais. Quando o paciente é um perigo para si ou para os outros, ou quando não é capaz de se cuidar, consideram-se, nesses casos, o melhor interesse e a periculosidade. O critério de periculosidade não é certamente perfeito, mas é o que melhor pode ser defendido perante um juiz ou diante de um júri constituído por leigos. Ao mesmo tempo, é o menos passível de abuso por parte de médicos que tentam impor suas idéias a respeito do que é razoável para os outros (BOTEGA; TURATO, 2006).

Apesar dos avanços e das transformações ocorridas e da preocupação que se tem quanto ao cumprimento e respeito aos direitos humanos dos pacientes, ainda não é possível afirmar que tais direitos sejam respeitados em sua totalidade. Com as mudanças trazidas pela lei, o objeto de intervenção tornou-se mais complexo e interdisciplinar. Portanto, é necessário que se reconstruam as práticas e saberes tradicionais, procurando alternativas para efetivar práticas que respondam a essa nova realidade e aos problemas de um novo modelo de atenção à saúde mental baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos (CHAMMA; FORCELA, 2001; PRANDONI; PADILHA, 2006; WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A figura 1 resume o processo de evolução da legislação em saúde mental no Brasil com base no movimento internacional de proteção dos direitos humanos.

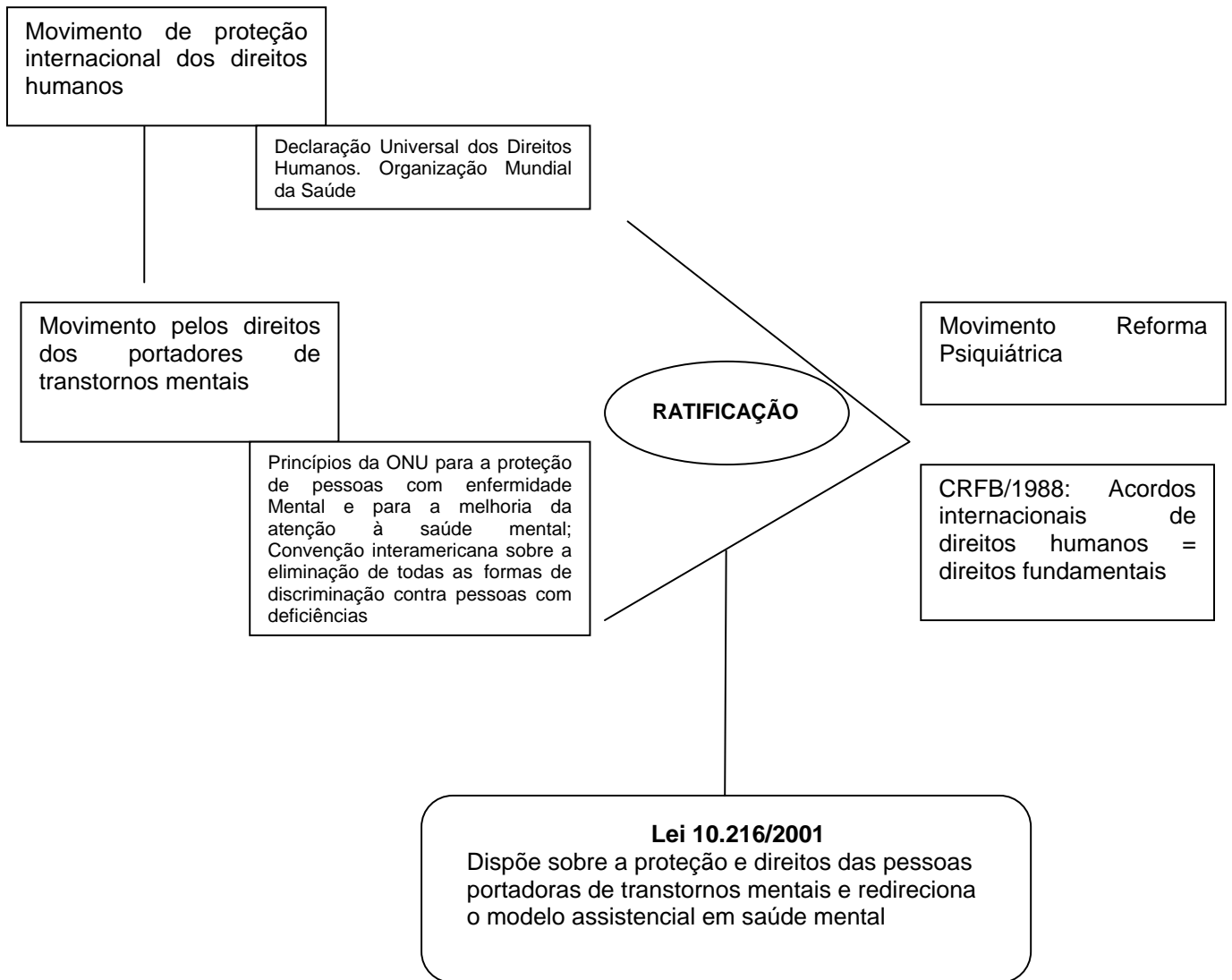


Figura 1. Processo de evolução da legislação em saúde mental no Brasil com base no movimento internacional de proteção dos Direitos Humanos.

3.1 Objetivo Geral

- Identificar como os profissionais de saúde que trabalham em um hospital psiquiátrico do município de São José do Rio Preto compreendem os direitos humanos elencados na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar como os profissionais de saúde que trabalham no serviço estudado compreendem as facilidades e dificuldades: de acesso ao serviço; de acesso a um cuidado humanizado e integrado à família e comunidade em um ambiente menos invasivo.
2. Identificar como os profissionais de saúde que trabalham no serviço estudado compreendem o acesso às informações sobre a doença e a internação, a garantia do sigilo nas informações prestadas e o acesso aos meios de comunicação disponíveis.
3. Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diferenças e especificidades dos tipos de internações dos portadores de transtornos psiquiátricos.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem de dados qualitativa. Os estudos descritivos têm por finalidade “observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação, ou seja, descrever com exatidão os fatos ou fenômenos de uma determinada realidade” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 177).

A abordagem de dados qualitativa é considerada apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e que não tende à quantificação.

Conceitualmente, o método qualitativo busca interpretar os sentidos e os significados – de natureza psicológica e socioantropológica – atribuídos e trazidos por indivíduos acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo no qual ocorre o processo saúde-doença. O autor qualitativista se atém aos indivíduos ou aos grupos, visando ao que está “por debaixo” das falas e dos comportamentos . (BOTEGA; TURATO, 2006).

São características do método qualitativo (MOREIRA; CALEFFE, 2006; ROSSMAN; RALLIS, 1998; TURATO, 2005):

- 1) os dados/informações são coletados no ambiente natural. Segundo Pope e Mays (2009, p. 30), “o ambiente de uma entrevista afeta o conteúdo, sendo geralmente preferível entrevistar as pessoas em sua próprias casas”. Ir ao local onde está o participante permite ao pesquisador desenvolver um nível de detalhes sobre a pessoa ou sobre o local e estar altamente envolvido nas experiências reais dos participantes;
- 2) a observação ocorre sem o controle de variáveis, não é possível propor um trabalho de campo com um projeto de pesquisa hermético que estabeleça *a priori* um esquema do que é importante e significativo encontrar. A pesquisa qualitativa é emergente e vários aspectos podem surgir durante o estudo. As questões de pesquisa podem mudar à medida que o pesquisador descobre o que perguntar e para quem perguntar. O processo de coleta de dados pode mudar à medida que as portas se abrem ou se fecham para a coleta de dados, e o pesquisador descobre os melhores locais para entender o fenômeno central de interesse;
- 3) o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usa seus órgãos do sentido

para apreender os objetos em estudo, é capaz de reconhecer, classificar e distinguir as sutilezas do significado que emerge;

- 4) se a generalização não é possível com base nos resultados obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais revistos.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Psiquiátrico, localizado na área de abrangência da Direção Regional de Saúde (DIR) XV, na região de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, no município de São José do Rio Preto. Essa região é composta por 101 municípios, e a população é estimada em 1.475.778 habitantes.

Foi escolhido este local para a realização do estudo, pois o modelo hospitalocêntrico ainda predomina na região, realidade diferente à do país, onde o número de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu de 52 mil para 33 mil desde 2002. Em contraposição à realidade nacional, na região, após a aprovação da lei 10.216/2001, o número de leitos em hospitais psiquiátricos aumentou. Foram criadas mais 110 vagas na região, sendo 50 no hospital estudado (TERRADAS, 2011).

Em 2004, o SUS chegou a diminuir o valor pago pelas internações ao hospital na tentativa de desestimular a manutenção dos leitos, mas a Diretoria da instituição criou 50 vagas particulares para subsidiar os tratamentos públicos. Também foram criadas mais 60 vagas em municípios vizinhos (TERRADAS, 2011).

4.3 Sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos do estudo foram 33 profissionais que participam do processo de hospitalização e cuidados ao paciente. Foram entrevistados: cinco médicos, sete

enfermeiros, 14 auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, um psicólogo, um terapeuta ocupacional.

O hospital contava no período do estudo com 92 profissionais, sendo 60 auxiliares de enfermagem, 4 técnicos de enfermagem, 8 enfermeiros, 7 médicos psiquiatras, 3 clínicos gerais, 3 psicólogos, 3 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional.

Portanto, foram entrevistados 35,87% dos profissionais, dentre eles, 23,33% dos auxiliares de enfermagem, 75% dos técnicos de enfermagem, 88,5% dos enfermeiros, 57,14% dos médicos psiquiatras, 33,33% dos clínicos gerais, 66,67% dos assistentes sociais e 33,33 dos psicólogos.

Ressalta-se, ainda, que, foram entrevistados todos os profissionais que estiveram presentes e disponíveis no hospital no período da coleta de dados e aceitaram participar do estudo.

A escolha dos profissionais como sujeitos do estudo se deve ao seu importante papel na garantia dos direitos dos pacientes. Nessa perspectiva, para que se assegure o respeito a lei, e para que seja prestada uma assistência considerando a humanidade de quem é cuidado, faz-se necessário que os profissionais envolvidos estejam permanentemente atentos aos direitos de seus pacientes enquanto usuários do sistema de saúde.

4.4 Aspectos éticos

A fim de cumprirmos as exigências da Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, foram encaminhados uma cópia do projeto e um ofício ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, solicitando a autorização para realização do estudo (Anexo A).

Após aprovação da pesquisa, para a coleta dos dados, os sujeitos receberam as informações sobre os objetivos do estudo, sendo-lhes garantido o sigilo e anonimato. Foram ainda esclarecidos sobre a liberdade em interromper a participação na pesquisa quando houvesse necessidade, sem que isso lhe

acarretasse dano pessoal e/ou profissional, e também, que os dados obtidos serão utilizados para elaboração de trabalhos científicos, e possível publicação.

4.5 Procedimento de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de 06 de dezembro de 2010 a 07 de janeiro de 2011. Foi empregada a técnica de entrevista em profundidade, semi-aberta gravada e observação participante.

4.5.1 A Entrevista em profundidade

Segundo Duarte (2005), a entrevista em profundidade é uma técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências dos informantes, que o entrevistador analisa e apresenta de forma estruturada. Dentre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. É extremamente útil para estudos do tipo descritivo, que buscam mapear uma situação ou campo de análise, descrever e focar determinado contexto.

As entrevistas do tipo em profundidade podem ser abertas e semi-abertas (DUARTE, 2005). Para a realização deste estudo foi utilizado o modelo de entrevista semi-aberta, que parte de um roteiro-base.

O modelo de entrevista semi-aberta tem origem em um roteiro-guia de questões que dão cobertura ao interesse de pesquisa. Ela "parte de certos questionamentos básicos, apoiados em temas que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novos temas ou tópicos relevantes a pesquisa, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante" (TRIVINOS, 1990).

Assim, o roteiro para a entrevista dos profissionais foi elaborado com base

nos objetivos específicos do estudo, conforme quadro abaixo.

Objetivos Específicos	Perguntas	Artigos Lei 10.216/2001
<p>Identificar como os profissionais de saúde que trabalham no serviço estudado compreendem as facilidades e dificuldades: de acesso ao serviço; de acesso a um cuidado humanizado e integrado à família e comunidade em um ambiente menos invasivo.</p>	<p>Como é o processo de hospitalização aqui? Os pacientes têm fácil acesso ao hospital? Qual a participação da família? E da comunidade? Você considera o cuidado humanizado?</p>	<p>Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:</p> <p>I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema único de saúde, consentâneo às suas necessidades.</p> <p>II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.</p> <p>VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.</p>
<p>Identificar como os profissionais de saúde que trabalham no serviço estudado compreendem o acesso à informações sobre doença e a internação, a garantia do sigilo nas informações prestadas e o acesso aos meios de comunicação disponíveis.</p>	<p>Durante a hospitalização quais informações você fornece ao paciente? Você acha suficientes? As informações prestadas são sigilosas? Quais os meios de comunicação disponíveis ao paciente? Como é o acesso a esses meios?</p>	<p>Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente certificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.</p> <p>Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:</p> <p>IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p>VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis</p> <p>VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.</p>
<p>Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diferenças e especificidades dos tipos de internações dos portadores de transtornos mentais.</p>	<p>Quais os tipos de internação aos quais seus pacientes podem ser submetidos? Quais as diferenças entre elas? Qual o papel do Ministério Público no processo de internação? E o papel do médico? E o seu papel?</p>	<p>Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.</p> <p>Parágrafo Único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p> <p>II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e</p> <p>III- internação compulsória: aquela determinada pela justiça</p> <p>Art.7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento</p> <p>Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente</p>

continuação....

Objetivos Específicos	Perguntas	Artigos Lei 10.216/2001
		<p>Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.</p> <p>§1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</p> <p>§2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</p> <p>Art. 9º a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p> <p>Art. 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.</p> <p>Art. 4º §2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p>
<p>Identificar como os profissionais de saúde compreendem os direitos humanos elencados na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p>	<p>Você conhece os direitos de seus pacientes? Você acha que neste momento esses direitos são respeitados? Por que são? Por que não são?</p>	<p>Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.</p>

conclusão.

Quadro 1 - Interrelação entre os objetivos, as perguntas de pesquisa e os artigos da Lei 10.216/01.

Antes do início da entrevista, foram explicados aos participantes os objetivos do estudo e, após o consentimento verbal em participar da pesquisa, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento pós-esclarecido. Dos 33 entrevistados, apenas um (AS7) não autorizou a gravação da entrevista.

A coleta e transcrição dos dados na íntegra foi realizada pela própria pesquisadora.

4.5.2 A Observação Participante

A observação participante consiste na inserção do pesquisador no interior do objeto observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos e buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al., 2007), tendo também a “possibilidade de obter a informação no momento em que ocorre o ato na presença do observador (QUEIROZ et al., 2007, p. 281). É uma técnica muito utilizada na abordagem qualitativa, uma vez que proporciona comprovar ou não os dados obtidos na entrevista, pois nem sempre os relatos dos sujeitos são compatíveis com o que é demonstrado em seus comportamentos.

“Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados” (QUEIROZ et al., 2007, p. 278).

Foram seguidas as três etapas essenciais da observação participante descrita por Richardson (1999): 1ª) Aproximação do pesquisador com o grupo em estudo; 2ª) Obtenção da visão de conjunto deste grupo. Essa etapa foi realizada com o estudo de documentos oficiais; reconstituição da história do grupo e do local; observação da vida cotidiana; levantamento de pessoas-chave e entrevistas não direcionadas com as pessoas que poderiam ajudar na compreensão da realidade 3ª) Sistematização e organização dos dados (QUEIROZ et al., 2007).

O instrumento utilizado para o registro do trabalho e observação participante foi o diário de campo. Cruz Neto (1998, p. 63-64) ressalta que

O diário de campo é impessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vão congregando os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo por categorias temáticas. Na análise temática, as categorias são construídas conforme os temas que emergem do texto. Para classificar as informações em categorias, é necessário identificar o que possuem em comum, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 1995; CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para Bardin (1995), a exploração do material é composta por três fases diferentes que organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise, os dados foram transcritos e organizados observando regras pré-estabelecidas:

a exaustividade (em que se esgota a totalidade da comunicação), a representatividade (em que a amostra deve representar o universo que se deseja demonstrar), a homogeneidade (em que os dados devem estar refletindo o mesmo tema, com técnicas de coleta iguais e indivíduos semelhantes para realizar esta ação), pertinência (os documentos ou entrevistas devem atender aos objetivos da pesquisa) e exclusividade (as unidades de registro não devem ser classificadas em mais de uma categoria) (CHAVES, 2006, p. 27).

Após a pré-análise, iniciou-se a exploração do material, que consiste na administração sistemática das decisões tomadas (BARDIN, 1995). Nesta fase, os dados foram organizados por categorias e subcategorias temáticas, revisados repetidas vezes e codificados continuamente. Para a codificação, realizou-se leitura exaustiva e repetida do conteúdo das entrevistas e dos recortes que representam significado para responder os objetivos do estudo. Por fim, foi realizada a terceira fase, de tratamento e interpretação dos resultados que foram analisados, com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo, culminando nas considerações finais.

O quadro 2 apresenta as categorias e subcategorias temáticas identificadas após a sistematização dos dados:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A pessoa portadora de transtorno mental e o acesso ao hospital	
A inserção da família no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental	A participação da família como fator fundamental para a melhora do paciente O abandono familiar e suas consequências no tratamento Estratégias do serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento
A comunidade e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental	O papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental Preconceito com relação à pessoa e ao transtorno mental
Acesso à informações sobre o transtorno mental e internação	O paciente e as informações prestadas: normas e rotinas do hospital O papel dos profissionais de saúde no oferecimento de informações aos pacientes A insuficiência das informações e suas causas
Acesso aos meios de comunicação disponíveis	
Lacunas no conhecimento dos profissionais sobre os tipos de internação, suas diferenças e especificidades	Exigência da presença de um responsável na internação voluntária Internação involuntária como aquela em que a família interna Internação involuntária como sinônimo de internação compulsória Não existe internação involuntária? O papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária
Compreensão dos profissionais sobre os direitos dos pacientes	Desconhecimento da legislação em saúde mental Direito de ir e vir Direitos iguais Direito de visita Direito de informação Direito a tratamento humanizado

Quadro 2 – Categorias e subcategorias temáticas resultantes da sistematização dos achados da pesquisa

5 Resultados e Discussão

5.1 Caracterização do local do estudo

O hospital onde se realizou o estudo é uma entidade beneficente sem fins lucrativos que oferece serviço de internação pelo SUS (197 leitos) e também de pacientes particulares e de planos de saúde (53 leitos). Está sempre lotado, com fila de espera no Pronto-Socorro (PS) Central, responsável por encaminhar os pacientes.

Foi fundado em 22 de dezembro de 1946 por uma Associação de Beneficência com o intuito de albergar tratamento as pessoas portadoras de transtornos mentais que viviam na rua, ou por não terem família, ou por sua inadaptabilidade ao núcleo familiar. Até então, as pessoas portadoras de transtornos mentais da cidade eram despejados no porão da cadeia municipal. Alguns espíritas visitavam os prisioneiros e assim viram a realidade das pessoas confinadas no porão. Como a cidade não dispunha de local apropriado para transferi-los, os visitantes fizeram um rateio para pagar internamentos no sanatório de Franca. Posteriormente, tiveram a notícia de que lá os pacientes também não eram bem tratados e que a jardineira que buscava os pacientes fazia romaria pelas cidades do roteiro, abarrotando o veículo de pacientes patrocinados. Em março de 1946, a Associação de Beneficência fez uma reunião para tentar resolver o problema dos portadores de transtornos mentais que viviam na prisão, decidindo que para resgatar o portador de transtorno mental do conceito de criminoso era necessário criar um hospital que pudesse oferecer tratamento a estas pessoas. Iniciou-se então uma campanha destinada a fundar o hospital (HOSPITAL DOUTOR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES, 2011).

Atualmente, o hospital recebe cerca de 242 internações, possui oito moradores e 92 funcionários. Sua despesa é de R\$ 420 mil por mês para uma receita de R\$ 380 mil, oriunda de repasses do SUS, do convênio particular e de doações (TERRADAS, 2011).

O quadro 3 elenca o número de leitos, internações e quadro de pessoal em dezembro de 2010.

DEZEMBRO/2010	
LEITOS	250
Nº DE INTERNAÇÕES	242
Nº DE MORADORES	8
Nº DE FUNCIONÁRIOS	92

Quadro 3 – Demonstrativo do número de leitos, internações e quadro de pessoal

Os 250 leitos são distribuídos em sete alas, sendo que as alas 1 e 2 recebem pacientes do SUS, do sexo feminino. As alas 3, 4 e 5 recebem pacientes do SUS, do sexo masculino. A Ala A recebe pacientes do sexo feminino internados e a Ala B do sexo masculino por meio de convênios particulares. Os pacientes dessas alas possuem alguns benefícios, como por exemplo, recebem alimentação no próprio quarto, podem escolher entre ficar em quarto privativo ou coletivo, possuem guarda-roupa dentro do quarto, não sendo necessário deixar os seus pertences na rouparia, além de terem direito a fazer e receber uma ligação por dia, do telefone do próprio posto de enfermagem.

O quadro 4 sintetiza as informações relacionadas à distribuição dos pacientes nas 5 alas do SUS e nas duas alas destinadas aos convênios particulares.

Ala			Nº de leitos	Nº de leitos ocupados no período da pesquisa
1	Feminino	SUS	51	48
2	Feminino	SUS	31	30
3	Masculino	SUS	46	37
4	Masculino	SUS	41	38
5	Masculino	SUS	37	37
A	Feminino	Convênio/Particular	29	24
B	Masculino	Convênio/Particular	20	20

Quadro 4 – Distribuição dos pacientes nas alas do hospital, considerando o número de leitos e os leitos ocupados no período da pesquisa

5.2 Caracterização dos sujeitos do estudo

Para preservar a identidade dos sujeitos do estudo, estes foram identificados com uma sigla e o respectivo número de ordem de ocorrência da entrevista. As siglas utilizadas foram: Enfermeiro-E; Auxiliar de Enfermagem-AE; Técnico em Enfermagem-TE; Médico-M; Assistente Social-AS; Psicóloga-P; Terapeuta Ocupacional-TO.

O Quadro 5 apresenta as características individuais dos participantes do estudo e o quadro 6 a freqüência das características segundo sexo, estado civil, profissão, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição.

Sujeito	Sexo	Estado Civil	Profissão	Tempo de trabalho profissão	Tempo de Trabalho na instituição
E1	Feminino	Casada	Enfermeira	10 anos	7 anos
E2	Feminino	Solteira	Enfermeira	1 ano	1 ano
E3	Feminino	Casada	Enfermeira	4 anos	4 anos
E4	Masculino	Casado	Enfermeiro	4 anos	12 anos
TE5	Feminino	Casado	Técnico em enfermagem	3 anos	3 anos
M6	Masculino	Casado	Médico	35 anos	35 anos
AS7	Feminino	Casada	Assistente social	32 anos	32 anos
AE8	Feminino	Casada	Auxiliar de enfermagem	3 anos	3 anos
P9	Feminino	Solteira	Psicóloga	3 anos	2 anos e 8 meses
M10	Feminino	Casada	Médica	18 anos	8 anos
AE11	Masculino	Solteiro	Auxiliar de enfermagem	4 anos	4 anos
E12	Feminino	Casada	Enfermeira	2 anos	2 anos
AE13	Feminino	Casada	Auxiliar de enfermagem	8 anos	3 anos
AE14	Feminino	Solteira	Auxiliar de enfermagem	10 anos	2 anos
TE15	Feminino	Solteiro	Técnico de enfermagem	6 meses	6 meses

continuação...

Sujeito	Sexo	Estado Civil	Profissão	Tempo de trabalho na profissão	Tempo de Trabalho na instituição
TE16	Masculino	Casado	Técnico enfermagem	de 3 anos e meio	1 ano e meio
AE17	Masculino	Casado	Auxiliar enfermagem	de 10 anos	8 anos
AE18	Feminino	Separada	Auxiliar enfermagem	de 5 meses	5 meses
AE19	Masculino	Casado	Auxiliar enfermagem	de 8 anos	2 meses
AE20	Masculino	Solteiro	Auxiliar enfermagem	de 1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses
AE21	Masculino	Casado	Auxiliar enfermagem	de 1 ano e meio	1 ano
AE22	Feminino	Separada	Auxiliar enfermagem	de 5 anos	2 anos
E23	Feminino	Solteira	Enfermeira	4 anos	3 anos
AE24	Masculino	Casado	Auxiliar enfermagem	de 5 anos e 6 meses	5 anos e 6 meses
AE25	Masculino	Solteiro	Auxiliar enfermagem	de 9 meses	9 meses
E26	Feminino	Solteiro	Enfermeira	3 anos	3 anos
AS27	Feminino	Solteira	Assistente social	21 anos	11 anos
M28	Feminino	Solteira	Médica	1 ano	1 ano
TO29	Feminino	Casada	Terapeuta ocupacional	25 anos	25 anos
M30	Feminino	Solteira	Médica	2 anos	2 anos
AE31	Feminino	Amasiada	Auxiliar enfermagem	de 3 anos e 1 mês	3 anos e 1 mês
AE32	Masculino	Solteiro	Auxiliar enfermagem	de 2 anos	1 ano
M33	Masculino	Casado	Médico (diretor clínico)	10 anos	6 anos

conclusão.

Quadro 5 - Características individuais dos sujeitos do estudo

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
SEXO		
FEMININO	21	63,63
MASCULINO	12	36,37
ESTADO CIVIL		
SOLTEIRO	13	39,40
CASADO	17	51,51
UNIÃO ESTÁVEL	1	3,03
DIVORCIADO	2	6,06
PROFISSÃO		
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	14	42,43
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3	9,09
ENFERMEIRO	7	21,21
MÉDICO	5	15,15
ASSISTENTE SOCIAL	2	6,06
PSICÓLOGO	1	3,03
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	3,03
TEMPO DE TRABALHO NA PROFISSÃO		
1 MÊS A 5 ANOS	21	63,64
6 A 10 ANOS	7	21,21
11 A 20 ANOS	3	9,09
MAIS DE 20 ANOS	2	6,06
TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO		
1 MÊS A 5 ANOS	23	69,7
6 A 10 ANOS	4	12,12
11 A 20 ANOS	3	9,09
MAIS DE 20 ANOS	3	9,09

Quadro 6 – Frequência das características dos entrevistados segundo sexo, estado civil, profissão, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição

Em resumo, a maioria dos entrevistados são do sexo feminino (63,63%), casados (51,51%), auxiliares de enfermagem (42,43%), com tempo de trabalho na profissão de 1 mês a 5 anos (63,64%), com tempo de trabalho no local do estudo a de 1 mês a 5 anos (69,7%).

5.3 Observação participante: conhecendo a rotina de um hospital psiquiátrico

Essa etapa foi desenvolvida durante um mês, entre os dias 06/12/2010 a 07/01/2011. A observação era realizada 4 vezes por semana durante aproximadamente 3 horas para cada visita. Procurou-se alternar as visitas entre os turnos da manhã, tarde e noite, entre diferentes dias da semana e entre as 7 alas do hospital. As situações ocorridas durante o período de observação foram registradas num diário de campo.

DIA DO MÊS	DIA DA SEMANA	HORÁRIO
06/12	segunda-feira	7h15min – 13h30min
07/12	terça-feira	7h - 10h30min
08/12	quarta-feira	16h30min - 19h
09/12	quinta-feira	11h - 12h
13/12	segunda-feira	8h30min - 10h
14/12	terça-feira	8h - 13h
15/12	quarta-feira	12h – 14h30min
16/12	quinta-feira	8h15min - 17h
20/12	segunda-feira	17h - 19h30min
21/12	terça-feira	12h - 17h30min
22/12	quarta-feira	10h30min - 16h30min
23/12	quinta-feira	10h30min - 15h30min
26/12	domingo	17h - 22h
27/12	segunda-feira	10h30min - 17h
28/12	terça-feira	9h30min – 15h
		21h45min - 23h30min
29/12/10	quarta-feira	17h - 20h30min
30/12/10	quinta-feira	10h30min - 13h30min
05/12/11	quarta-feira	9h - 12h
06/01/11	quinta-feira	12h – 16h
		21h45min - 00h
07/01/11	sexta-feira	9h - 10h30min

Quadro 7 – Calendário do período de observação realizado pela pesquisadora no local do estudo

A observação participante possibilitou a imersão na realidade do universo estudado e maior aproximação com os sujeitos do estudo

Nesse período, foi possível acompanhar: os procedimentos de saída e retorno dos pacientes de licença de final de semana, as atividades da terapia ocupacional, consulta do serviço social, visitas, momento de medicação, internações voluntárias e involuntárias e internação involuntária com fuga.

Na interação com os profissionais, estes falaram sobre as dificuldades vivenciadas no cuidado, podendo destacar o momento em que os pacientes saem para a terapia ocupacional, os pacientes internados por ordem judicial, internação de menores de idade e famílias que abandonam os pacientes.

O prédio da terapia ocupacional é separado do hospital e os pacientes têm que atravessar a rua, o que pode causar fugas. Portanto, só participam aqueles pacientes que não apresentam risco de fugir.

Esse prédio possui academia de musculação, quadra de vôlei, campo de futebol, horta, cozinha, é um espaço bem amplo em que os pacientes participam de atividades esportivas, terapêuticas e expressivas e atividades profissionalizantes como, corte e costura, culinária, horticultura e marcenaria. Na última quinta-feira de cada mês os funcionários promovem uma festa para os aniversariantes do mês. Também em datas comemorativas como natal, páscoa, dia das mães e outros são promovidos almoços de confraternização com as famílias.

Uma crítica comum se refere a pacientes internados compulsoriamente. Este é considerado um dos grandes problemas que o hospital enfrenta, uma vez que os juízes muitas vezes determinam a internação de menores de idade (durante o período de observação havia uma garota de mais ou menos 13 anos internada), e também pacientes condenados por crimes graves, colocando em risco a integridade do próprio paciente, dos demais e dos profissionais. O hospital é destinado somente a adultos, mas como na região não há outro local apropriado, a instituição esporadicamente recebe menores. Quando acontecem casos dessa natureza, o provedor reforça a segurança do paciente e contesta a decisão do juiz. Esse contato hospital-justiça ocorre somente por meio de correspondência.

O promotor de justiça de um dos municípios da região determina que a internação seja feita na ala particular com quarto privativo e que o município pague, mas este é um caso isolado dentre os 101 municípios que integram a rede.

Os profissionais destacaram que, embora haja muito a melhorar, houve

uma evolução positiva do hospital nos últimos 10 anos.

5.4 Categorias e subcategorias temáticas

A partir da análise das falas dos entrevistados foram identificadas 7 categorias e 19 subcategorias que convergem para o objetivo da pesquisa.

5.4.1 A pessoa portadora de transtorno mental e o acesso ao hospital

Esta categoria engloba a análise das falas dos entrevistados sobre o acesso ao hospital estudado, identificado, pelos participantes do estudo, como o processo de hospitalização do portador de transtorno mental.

É direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento possível no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as suas necessidades. Nota-se, pela análise sistemática das falas dos entrevistados, que os profissionais acreditam que as pessoas tenham fácil acesso ao hospital, embora exista um fluxo de atendimento a ser seguido e os pacientes tenham que passar primeiro pela emergência onde será verificada a disponibilidade de vagas.

A hospitalização, primeiramente o paciente pra vir pra nossa internação ele é triado numa emergência psiquiátrica eee aí vai passar pela avaliação de um médico psiquiatra de plantão nessa emergência e aí se o médico de lá da emergência achar que é necessário internar esse paciente ele vai encaminhar aqui pro hospital (E1).

Assim a... hoje o acesso é mais facilitado né, é as internações né, num... que antigamente vinha de outras cidades, vinha direto pra cá e não tinha controle de vaga, hoje há um controle de vaga mas eles têm acesso fácil sim (E4).

Com a reforma psiquiátrica, o serviço de emergência psiquiátrica assumiu

o papel central na estruturação e funcionamento da rede de serviço de saúde mental. Atua como principal porta de entrada no sistema e organiza o fluxo das internações (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Então aí no caso tem essa coisa da disposição de vagas né, tem dia que tem vaga e tem dias que não, mas dependendo do caso do paciente fica lá no PS até surgir a vaga. Então o paciente não fica totalmente desamparado, tanto é que tem um setor lá no PS que é pra paciente psiquiátrico, então ele fica aguardando essa vaga, né. [...] Eles medicam o paciente né, até estabilizar o paciente né, e quando o paciente não tem condições de voltar pra casa que realmente é só internação, eles seguram o paciente lá até surgir a vaga (E23).

Sendo assim, como a rede de serviços de saúde mental na região estudada carece de Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que são 5 CAPS para uma população de aproximadamente 1.475.778, e o hospital é o local mais procurado para tratamento, muitas vezes faltam vagas e os pacientes em estado crítico acabam ficando na emergência para aguardá-la.

Eu acho que não tá funcionando né, o atendimento ambulatorial, o atendimento nos CAPS, não funciona porque o paciente volta muito cedo pro hospital novamente. Eu acredito que um tratamento pra um doente mental ele não pode ser feito a cada três meses, e é isso que acontece na rede, então o paciente ele sai daqui, é... em alguns casos que não são tão graves né, no critério médico, e eles são é acompanhados num ambulatório de saúde mental cada 3 em 3 meses, então o paciente que é doente mental, ele tem que ser acompanhado mensalmente né [...] (E3).

Constata-se, portanto, que o acesso, na realidade, não é tão fácil como inicialmente mencionado pelos profissionais entrevistados e que o fato de o hospital ser o serviço mais utilizado na região para atendimento aos portadores de transtornos mentais, o sobrecarrega e não garante a observância dos princípios da reforma psiquiátrica, bem como a qualidade do atendimento, especialmente no

âmbito dos serviços de emergência psiquiátrica.

Para Barros, Tung e Mari (2010, p. 73), “a demanda excessiva pode levar a uma maior rotatividade de pacientes nos serviços de emergência psiquiátrica, provocando erros diagnósticos, excesso de encaminhamento para internação integral, além de aumento de reinternações”.

5.4.2 A inserção da família no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental

O portador de transtorno mental tem direito a ser tratado com humanidade e respeito visando a sua recuperação pela inserção na família. Sendo assim, a família, antes considerada responsável pela doença mental, agora tem papel fundamental no processo de reabilitação, devendo atuar como parceira da equipe, participando e apoiando o paciente durante o tratamento (VECHIA; MARTINS, 2006).

Esta categoria engloba falas dos entrevistados acerca da participação da família no tratamento. Foram identificadas três subcategorias: “**A participação da família como fator fundamental para a melhora do paciente**”, “**O abandono familiar e suas consequências no tratamento**” e “**Estratégias do serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento**”.

A participação da família é considerada pelos participantes da pesquisa fundamental para a melhora do paciente.

Tem é o apoio da família aqui, eles apresentam uma, uma melhora além de ser mais rápida, ela é uma melhora “realmente melhorada” né, não é os paciente que eles... a família vem e simplesmente deixa aqui como se tirasse um incômodo lá da casa deles e deixa eles aqui, eles são muito poliqueixoso, eles pedem muito pela família, as vezes ficam agressivo, ficam ansioso, inquieto, tudo pela falta da família. Então assim, a presença, a família entender quais são as necessidades de um paciente que tem um transtorno mental,

[...]. [...] depois que dá alta pra ele, é o pessoal da casa, então a pessoa da casa tem que estar orientada, tem que estar ciente qual é o problema e o que que pode causar caso ele não vá fazer o tratamento correto em casa. Então a participação da família é fundamental, é impossível você melhorar o paciente com transtorno psiquiátrico sem a participação da família (E2).

A participação da família é uma das mais importantes porque mesmo que o paciente saia daqui bem né, reabilitado, se ele não, se ele não for bem cuidado em casa ele vai voltar novamente, ele vai voltar num período muito curto de tempo. Então aqui, começa por aqui né, a família tem que dar assistência, a família tem que dar é... tem que visitar, tem que se mostrar interessado pelo paciente, porque o paciente psiquiátrico é muito carente, ele necessita desse, desse, digamos dessa atenção da família, perante a ele né, com ele, então eu acho que a atenção da família é tudo né, se a família tiver uma estrutura é o paciente vai ficar muito tempo sem reinternar novamente (E3).

Total, sem a família não tem como fazer o tratamento (AE17).

As normas para o atendimento hospitalar estipuladas pelo Ministério da Saúde estabelecem que a assistência hospitalar em psiquiatria no SUS deve oferecer, de acordo com as necessidades particulares de cada paciente, abordagem à família, como orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento. Esse programa de tratamento específico e interdisciplinar deve ser desenvolvido de forma compatível com a necessidade de cada usuário e sua família (BRASIL, 2002).

Para Jorge et al. (2008, p. 133),

a participação da família no tratamento, em cooperação com a equipe de saúde, é importante para a recuperação do usuário, visto que um dos principais componentes para a recuperação da pessoa é a inserção ativa da sua família no desenvolvimento de estratégias (tratamento) que visem à reabilitação psicossocial. Esta participação torna a família o principal estímulo à integração social dele, permitindo-lhe desenvolver mecanismos eficazes para enfrentar as eventuais adversidades surgidas no cotidiano e os desafios que lhe são impostos.

Apesar de destacarem a importância da família no tratamento, os profissionais também reconheceram que no hospital nem sempre a família participa efetivamente do tratamento, sendo **o abandono familiar** uma das principais dificuldades para o estabelecimento de um programa de tratamento em que a família esteja inserida.

Não todas, a maioria trazem e não quer depois nem saber do paciente, trazem e deixam aqui, as vezes retiram o paciente, mas muitas vezes não (AE19).

Porque tem muitos casos de abandono familiar né, família que quer deixar o paciente internado aqui e não volta mais (E26).

As vezes algumas famílias deixam aqui, abandonam e depois os pacientes ficam desesperados querendo né, querendo ver a família (TO29).

Agora tem paciente que a família meio que abandona né, aí você tem que ficar correndo atrás, assistente social tem que correr atrás, o médico tem que correr atrás, tem que ficar correndo pra eles virem, pra eles virem visitar (AE17).

Segundo os profissionais, a **estratégia utilizada pelo serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento** é a obrigatoriedade da visita semanal. Assim, no momento da internação, a família é informada de que deve visitar o paciente pelo menos uma vez por semana e caso isso não aconteça, o paciente poderá receber alta. Então, muitas vezes a família cumpre com esse “dever” de visitar, apenas para que o paciente não receba alta, não tendo consciência de que mais que uma visita, o paciente necessita de apoio.

Se tem alguém, um exemplo, que tá aqui há uma semana e a família ainda não veio visitar, e a gente, como a gente marca a visita constante a gente vê, passa pro serviço social, o serviço social entra em contato com a família e obrigatoriamente eles têm que vim. Tem que ter acompanhamento da família, mas é muito difícil, geralmente sempre acompanham, sempre vem

pelo menos uma vez na semana, sempre tá constante né, a família (AE31).

A gente até orienta a família na hora da internação que é obrigatória a visita, pelo menos uma vez na semana (E26).

São vários os fatores que podem levar a esse abandono. Diante da dificuldade de lidar com o portador de transtorno mental, muitas vezes a família vê a internação como uma forma de descanso e não apenas tratamento (CARDOSO; GALERA, 2011).

Tem muita família que usa aqui meio que como um depósito né, quero descansar um pouco do meu parente então vamo internar, então não sei até que ponto, mas também não tem como condenar porque não é fácil você conviver com uma pessoa com problema psiquiátrico, ali em casa ali todos os dias, acho que é uma questão muito delicada (M28).

Nesse contexto, é necessária uma intervenção por parte dos profissionais de saúde que leve em conta os antecedentes históricos. Para tanto, é imprescindível conhecer integralmente o cenário em que o paciente vive, as necessidades e limitações da família, visando criar estratégias de acolhimento da família, informando e preparando-a para que colabore efetivamente com o profissionais no tratamento dos pacientes (CARDOSO; GALERA, 2011; HIRDES; KANTORSKI, 2005; VECHIA; MARTINS, 2006).

O sucesso da intervenção e até mesmo da participação da família no tratamento depende, portanto, de inúmeros fatores. Dentre os fatores elencados, destaca-se o papel dos profissionais de saúde no estabelecimento de um vínculo com o paciente e com a sua família.

Depende muito do médico a participação da família, porque se a gente pede pra família vir até o hospital, inclui a família no tratamento, eles necessariamente vão ter que participar. Mas, se o médico não fizer questão dessa participação, pelo menos aqui na internação eles não vão se sentir obrigados a

colaborar. Então, vai muito mais da iniciativa do médico de pedir essa ajuda, essa colaboração do que qualquer outra coisa (M30).

Furegato et al. (2002, p. 56), após uma avaliação das estratégias de famílias no convívio com o portador de transtorno mental, sugerem a formulação de

planos que visem dar atendimento a essas famílias, para que possam melhor cuidar da sintomatologia e dos tratamentos. É importante que possam melhor compreender as reações do paciente e agir de maneira a diminuir o fardo, melhorando a qualidade de vida de todos.

5.4.3 A comunidade e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental

Esta categoria reúne as falas dos entrevistados sobre a participação da comunidade no tratamento. Foram identificadas duas subcategorias: **“O papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental”** e **“Preconceito com relação à pessoa e ao transtorno mental”**.

O tratamento deve visar a recuperação do paciente pela inserção na comunidade, tendo como finalidade permanente a reinserção social em seu meio. Os profissionais reconhecem **o papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental**.

A comunidade o que seria assim, é mais a parte do pós-internação né, é... qual é o objetivo da internação? É tá avaliando, é atingindo o problema do paciente, medicação, terapia, só pra quê? Pra tá incluindo ele na sociedade novamente, aí é onde, a comunidade em si participa das... tá aceitando, geralmente aceita bem o paciente no pós internação, tem problema retorna novamente né, que é aquele caso (AE24).

Olha no regime de internação praticamente nenhum né, porque o paciente fica fechado aqui 24 horas por dia, ela vai participar quando o paciente tem a licença de fim de semana, né, que ele

passa o fim de semana fora do hospital e quando o paciente tem a alta porque o paciente vai continuar o tratamento dele lá fora, e aí sim, nesse momento a comunidade tem um peso muito grande porque vai ser quando ela vai receber esse paciente que ficou muito tempo recluso né, distante da sociedade e geralmente a sociedade tem um preconceito muito grande em relação a paciente psiquiátrico né, principalmente os casos mais graves, esquizofrenia, transtorno bipolar quando tá em surto, então, nesse momento a comunidade tem muito peso né, porque aí o paciente tem que ser reinserido né, ele teria que freqüentar restaurantes, freqüentar uma escola, ter o trabalho dele, e muitas vezes ele não é aceito (M30).

No entanto, como se constata nas falas acima mencionadas, se trata de instituição fechada, o paciente só interage com a comunidade durante as licenças de final de semana, os passeios externos e eventos promovidos no prédio da terapia ocupacional, e após a alta torna-se, então, mais difícil a reinserção quando recebe alta hospitalar.

A comunidade está sempre relacionada ao hospital em relação a eventos, a passeios externos, a ajuda também financeira para o hospital (E1).

Assim, no local de estudo, a comunidade faz parte do ambiente externo e participa principalmente por meio de doações e trabalho voluntário.

A comunidade ajuda, eles participam fazendo doação pro telemarketing, alguns pessoais vem fazer oração, uma religião faz oração, é tem uns que vem pra visita mesmo, esse tipo de colaboração (AE5).

Ainda, para os participantes, o intercâmbio com a comunidade é escasso, pois há grande dificuldade em inseri-la no processo de cuidado e reabilitação do portador de transtorno mental devido ao **preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental**.

A comunidade lá fora acha que o hospital psiquiátrico, acha, vê o hospital psiquiátrico como uma coisa de louco, você vê uma pessoa fala foi internado no hospital psiquiátrico, quem não conhece não sabe como que é o hospital lá dentro, como que é o tratamento aqui dentro, acha que é uma coisa assim... coisa de louco mesmo, sabe? Mas não é (AE11).

Então se você for ver a comunidade, tem um certo preconceito com hospital psiquiátrico (AE13).

A vida em comunidade, a presença constante da família, além de serem um direito, também são de extrema importância no tratamento e na melhora do paciente (CAVALHERI, 2010; FUREGATO et al., 2002; MUSSE, 2008). Documentos internacionais como os já mencionados Princípios das Nações Unidas para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da atenção à saúde mental, reconhecem que toda pessoa com transtorno mental deve ter o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade. Dentre eles, a Declaração de Caracas afirma que os recursos, a atenção e o tratamento devem empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. Por isso, cada vez mais a internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser o último meio a ser utilizado no tratamento.

Todavia, ainda existe um forte preconceito da comunidade em relação ao transtorno mental, em grande parte devido a estigmas e mitos.

A participação da comunidade é muito limitada, porque o hospital não é assim tão conhecido pela comunidade, pela sociedade e ainda existe uma mística, ignorância em relação a saúde mental muito grande então a gente não tem um contato, um respaldo grande da sociedade no tratamento desse paciente (M33).

O estigma resulta de uma série de fatores por meio dos quais certas pessoas e grupos são levados a se sentirem excluídos, envergonhados e até mesmo discriminados. A discriminação compreende toda distinção, exclusão e diminuição ou abolição do gozo equitativo dos direitos humanos (GRAHAM et al., 2007).

A proteção contra a discriminação é necessária, pois pode afetar diversas áreas da vida da pessoa discriminada, pode influir no acesso ao tratamento e a atenção adequados, emprego e educação, agravando assim o transtorno mental (OMS, 2005). Essa proteção é uma obrigação fundamental de direitos humanos expressa em diversos instrumentos internacionais como a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência (OEA, 1999). Esta última apresenta como objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências mentais ou físicas e promover sua plena integração à sociedade (OMS, 2005).

Lá fora, sinceridade a comunidade não respeita muito, principalmente quando a pessoa já tem assim um grau maior de demência em psiquiatria. Quando se fala em esquizofrenia muita gente tem medo né, porque as vezes aparece lá no jornal, paciente, cara com esquizofrenia matou a mãe e o filho, então o pessoal já tem uma, acho que...., eles olham diferente e tal, acho que eles têm uma certa, como posso dizer...., um preconceito sabe, um certo preconceito ainda com relação o paciente psiquiátrico, porque o cara chega de licença assim e fala, principalmente quando é usuário de droga né, então, não é porque o cara vai errar uma vez, que vai errar o resto da vida né (AE32).

Em um relato de experiência sobre a percepção da comunidade acerca da assistência a pessoa portadora de transtorno mental, Kuhn e Kantorski (1995) ressaltam que o processo de modificação do modo de ver o transtorno mental é lento e difícil. Para as autoras:

Solidificar novos modelos, conceitos, valores, formas de pensar e agir constitui-se em um desafio, pois, cotidianamente a sociedade reforça atitudes como agressões, o levar para o longe, o preconceito, o medo, ou seja, a rejeição de tudo aquilo que foge à regra. Os novos serviços demonstram que mais do que o desmantelamento do macro-hospital é preciso criar mecanismos de desmontagem de crenças, valores e saberes que perpetuam a brutalidade deste modelo de exclusão (p. 111-12).

Para Fortes (2010, p. 325), a questão crucial da desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade de responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. Trata-se de buscar outro lugar social para o transtorno mental na nossa cultura, desmistificando-a e preparando a comunidade para receber e conviver com a pessoa portadora de transtorno mental e sua doença (FORTES, 2010; OMS, 2005; WAIDMAN; ELSEN, 2005).

5.4.4 Acesso às informações sobre o transtorno mental e a internação

Nesta categoria estão presentes as informações prestadas pelos profissionais de saúde aos pacientes. Foram identificadas três subcategorias: **“O paciente e as informações prestadas: normas e rotinas do hospital”**; **“O papel dos profissionais de saúde no oferecimento de informações aos pacientes”** e **“A insuficiência das informações e suas causas”**.

Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e tratamento é um direito garantido em diversos instrumentos legais (Lei 10.216/01; Portaria MS nº 1286/1993; Lei Estadual 10.241/1999; Resolução CFM 1.407/1994; Resolução CFM 1.598/2000, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde).

Dispõe o artigo 2º, inciso VI da Lei Estadual 10.241/1999, que:

São direitos dos usuários dos serviços de saúde do Estado de São Paulo: receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos realizados;
- c) exames solicitados;
- d) ações terapêuticas;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
- h) exames e condutas a que será submetido;
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;
- j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e
- l) o que julgar necessário (SÃO PAULO, 1999).

O segundo princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos confirmados (BRASIL, 2006).

Assim, o direito à informação sobre o diagnóstico é um instrumento que o paciente dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca do que está vivendo (CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2005; LEITE, 2010). A falta de informação permite ações abusivas, sendo, portanto, necessário que o paciente tenha o maior número de informações sobre seu diagnóstico e também sobre seus direitos para que possa reivindicá-los e exigir um melhor tratamento, possibilitando o exercício efetivo do direito.

Quanto às **informações fornecidas ao paciente**, a maioria dos entrevistados da equipe de enfermagem disseram que fornecem apenas informações sobre as **normas e rotinas do hospital**.

Normas e rotinas da instituição (AE24).

Então, a gente fornece mais informação de rotina do hospital (E12).

Quando eles internam isso aí já vêm lá da sala da enfermeira, a família já assina um termo já sabendo tudo que pode e e que não pode fazer aqui dentro, entendeu, o paciente já entra aqui dentro orientado sabendo o que ele tem ou não tem direito, a gente geralmente não passa muita informação (AE31).

Bom as informações que a gente fornece é que ele tá num hospital psiquiátrico né, que aqui tem algumas restrições, é diferente de outros hospitais, o hospital clínico no caso,

entendeu? E que por exemplo, tem coisas que eles não vão poder fazer e têm coisas que eles vão poder tá fazendo, igual por exemplo, a terapia é fundamental no tratamento dele, os horários de medicações, horário de janta, tudo isso a gente explica pra eles no momento da internação (AE21).

Os profissionais de saúde, especialmente os membros da equipe de enfermagem, focam, dentre as informações necessárias aos pacientes, as normas e rotinas do hospital. Acreditam que essas sejam as informações mais úteis ao paciente, pois, afinal, devem cumprir essas normas corretamente para manter a organização no processo de cuidado.

O modelo organizacional do hospital apresenta características da burocracia tida como tipo ideal de estrutura organizacional por Weber (1978), apresentando como princípios: disciplina, especialização das funções, hierarquia, autoridade legal e formalização. Este modelo de organização é um dos mais eficientes, uma vez que as ações são definidas por normas, o que leva a um comportamento disciplinado das pessoas. A formalização dos procedimentos por meio de regras é bastante importante no ambiente hospitalar, sendo necessária para a manutenção da ordem e para que o hospital funcione. Porém, o excesso de burocracia causa uma disfunção e pode levar ao engessamento da organização caracterizado pelo apego total às normas e rotinas (TIMENI, 2011).

Dessa forma, algumas disfunções da burocracia também foram identificadas no local de estudo: internalização das regras e exagerado apego aos regulamentos; excesso de formalismo e de papelório; resistência à mudanças; despersonalização do relacionamento; categorização como base do processo decisório; superconformidade às rotinas e procedimentos; exibição de sinais de autoridade; dificuldade no atendimento a clientes e conflitos com o público (MOTA, 1991).

Verifica-se, então, que os profissionais se apegam às normas estabelecidas e às suas funções dentro da instituição de tal forma que acabam por burocratizar também o cuidado ao portador de transtorno mental.

Meu papel, meu papel é muito burocrático, a gente fica muito nos papéis, mais nos papéis do que deveria assim, né, é... eu tenho um contato muito direto com os pacientes, eu gosto de,

de entrar e conversar com o paciente, a, a, a ter um diálogo sempre, sempre assim mas a gente fica muito, muito restrito aos papéis né, a gente como enfermeira chefe, muito papel e pouca assistência se for ver, mas sempre que eu posso tenho contato direto com o paciente (E26).

Observa-se que os profissionais possuem clareza com relação às suas funções, estabelecidas por normas internas, no processo de cuidado. Outrossim, esta superconformidade às rotinas e procedimentos leva os profissionais a enfrentarem dificuldades para a realização de mudanças, visando o aperfeiçoamento do processo de trabalho e até mesmo o incremento de suas habilidades, uma vez que se apegam demais a realização das suas funções pré-determinadas pelos regulamentos. Essa disfunção fica evidente também quando se fala no **papel dos profissionais de saúde no oferecimento de informações ao paciente**. Segundo os entrevistados, as informações sobre o tratamento devem ser dadas apenas pelo médico. As falas demonstram algumas das disfunções citadas acima como exibição de autoridade:

Agora sobre medicação, efeito colateral, esse tipo de coisa, a gente pede pra conversar com o médico, por mais que a gente saiba, as vezes a gente fala alguma coisa, depois o médico fala você não deveria ter falado isso, você não deveria ter falado que essa medicação dá esse efeito colateral que daí o paciente não quer tomar, alguma coisa desse tipo, entendeu? então interfere um pouco, então a gente pede pra falar sempre com o médico sobre esse tipo de coisa (E12).

O médico é para os participantes o profissional mais importante da equipe:

É o hospital né, o médico é o cabeça, o médico é o que muda, desmuda, prescreve, sabe o que o paciente tem ou não tem, entendeu, que nem o paciente chega na gente e fala assim, ai eu tomo defakene, pra que é? Mesmo que eu sei eu não falo, não você vê com o médico, o médico te informa pra que que

serve, entendeu? então o médico é tudo aqui, é a cabeça do hospital né, se não fosse o médico o hospital não estaria funcionando (AE31).

Enquanto que ao enfermeiro cabe acolher e cuidar do paciente:

Bom, a função do enfermeiro é de acolher o paciente né e a família, porque muitas vezes essa família e esse paciente vem assim é... ele não conhece a instituição, ele não conhece o que vai, ele não sabe o que vai acontecer com ele aqui dentro, né, então a função do enfermeiro é de recepcionar e de acolher essa família e esse paciente primeiramente. Então, a nossa primeira função aqui quando a gente recebe o paciente no momento da internação é de acolhimento (E1).

Lógico que eu considero o meu papel completamente necessário né, porque apesar dele passar primeiro com a entrevista com o médico, é, o médico pergunta por exemplo, que que ele é, como ele é em casa, aí a família relata, então pra isso ele dá uma medicação, pra outro sintoma é outra medicação, a nossa parte é mais humana, né, não que o médico não seja humano, mas a gente é, a gente acolhe o paciente né, explica pra ele, qual que é a importância da internação né, abraça, na verdade humaniza mesmo aquele paciente, não tratando ele como alguém que ocupa um leito mas assim como uma pessoa. Então é, esse é o papel da enfermagem em si (E2).

É função também do enfermeiro supervisionar os técnicos e auxiliares de enfermagem.

O meu papel? O meu papel é supervisionar o serviço dos auxiliares, tá lá dentro vendo se tá dando certo o fluxo, se tá tudo correndo bem, se os pacientes tão com alguma necessidade, se os funcionários tão com alguma necessidade, remanejar funcionário, entendeu? Tudo que acontece lá dentro com paciente, funcionário, é da minha... né... (E12).

Além das funções de acolher, cuidar e supervisionar, ao enfermeiro cabe também, como integrante da equipe de saúde: participar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participar nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; participar em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada; participar nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho; participar na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde e participar no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde (BRASIL, 1987).

Os técnicos e auxiliares em enfermagem resumem seus papéis à rotina de cuidados ao paciente.

A gente administra medicação, é... os cuidados, o curativo, às vezes a gente conversa também, dá apoio psicológico, chega fazer de todas as partes. (risos) (TE5).

O meu papel é... tá acolhendo essa pessoa e dando o melhor de mim pra cuidar (AE22).

Ah, o meu papel. Meu papel é assim, eu acho que é um papel muito importante porque a gente, porquê? Porque o médico não tá sempre em contato com o paciente entendeu? Então é a gente que tá em contato direto, que passa tudo, que analisa, que vê tudo, qualquer coisa que o paciente sente e tem, as diferenças, é a gente que leva até o médico, então eu acho que é um papel muito importante que a gente tem que fazer (AE8).

O meu papel? Cuidado. Cuidado geral do paciente, cuidado total, cuidado com vestimenta, cuidado com higiene, cuidado... (AE17).

O decreto nº 94.406/87 que regulamenta o exercício da enfermagem dispõe que ao técnico de enfermagem cabe **assistir o enfermeiro**: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem; na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave; na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica; na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde (BRASIL, 1987).

Ainda, ao auxiliar de Enfermagem cabe preparar o pacientes para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, como: ministrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico e fazer curativos; aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; colher material para exames laboratoriais; executar atividades de desinfecção e esterilização. Também compete ao auxiliar prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive: alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se; zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde; integrar a equipe de saúde; participar de atividades de educação em saúde, inclusive orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas e executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes. Essas atividades somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro (BRASIL, 1987).

Portanto, mais que acolher e cuidar dos portadores de transtorno mental, a equipe de enfermagem deve participar ativamente no processo de decisão sobre o paciente ao lado da equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional.

Com a reforma psiquiátrica, o campo teórico-prático da saúde mental passou a ser re-significado exigindo que o enfermeiro abdique de seu papel de vigilância e controle das clientela do manicômio para tornar-se, enquanto membro da equipe interdisciplinar, elemento essencial para intervir no processo re-habilitatório do sujeito com transtorno mental. Nesta conjuntura, um dos principais papéis do enfermeiro está relacionado ao vínculo, ao acolhimento e a intervenções mais humanas e eficazes consoantes às necessidades da vida concreta dos pacientes e suas famílias, buscando sempre compreender as necessidades dessas pessoas e viabilizar sua inserção social e preservar a saúde mental do grupo familiar (JORGE et al., 2008, p. 131).

Uma vez que a sua proximidade no dia a dia com o paciente no hospital é maior, os profissionais da equipe de enfermagem possuem mais oportunidades de oferecer uma melhor orientação ao paciente quanto às informações sobre diagnóstico e medicamentos. Mesmo assim, demonstraram em suas falas que acreditam não estarem aptos a oferecerem estas informações.

A gente não é o profissional adequado a tá dando essas orientações (AE24).

Então a gente fala só o que cabe a enfermagem, orientações básicas mesmo (AE13).

Neste cenário, resultados de estudo que avaliou o grau de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa apontou

deficiência nas ações educativas aos pacientes por parte dos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, já que é o profissional que tem mais oportunidades de orientar e ensinar os pacientes em relação aos outros profissionais da equipe. Embora não exclua o papel fundamental do médico e do farmacêutico nessa atividade (VIANNA et al., 2004, p. 241)

Ainda com relação a terapêutica medicamentosa, os profissionais entrevistados acreditam que o conhecimento sobre a medicação pode acarretar a não adesão ao tratamento,

Então, as vezes assim, a gente não pode ficar falando muito sobre a medicação porque senão o paciente não vai aceitar o tratamento, não aceita, não quer internar então se você falar a medicação que ele vai tomar pra que que serve, é mais uma restrição que ele não vai querer (AE20).

Ao contrário da opinião da maioria dos respondentes, a revisão da literatura sobre o tema enfatiza que a desinformação e/ou a não compreensão das informações pelos pacientes e familiares é um fator extremamente negativo para os portadores de transtornos mentais, podendo ser determinantes da não adesão ao tratamento (MIASSO; CASSIANI, 2005; SANTOS; FUREGATO; OSINAGA, 2010; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000; VIANNA et al., 2004). Essa percepção sobre a importância no recebimento de informações foi destacada por um dos participantes:

Qual que é o objetivo dele estar aqui, tento dar uma idéia pra ele de qual o problema que ele tá apresentando naquele momento, porque que ele tá sentindo aqueles sintomas, se eu tiver um diagnóstico, esclarecer o diagnóstico que ele tem. Isso é sempre importante você passar pro paciente pra ele não se sentir inseguro, pra ele não pensar ninguém me explica nada, eu não sei o que tá acontecendo comigo. Então eu oriento sempre sobre as medicações, o que a gente tá passando de remédio, qual é a função de cada um, isso no começo do tratamento cria um vínculo muito forte, se você fizer isso com o paciente ele vai colaborar muito mais no tratamento, ele vai aceitar as medicações mais facilmente, ele vai confiar mais em você. Se ele achar que o remédio não tá fazendo efeito ele vai te contar, ele vai ter uma confiança muito maior em você, e conseqüentemente você vai ter mais sucesso no tratamento né, porque aí os dois caminhando juntos fica muito mais fácil (M30).

Apesar da intenção de “informar”, as informações segundo a maioria dos entrevistados não são suficientes. Os sujeitos justificaram a “**insuficiência das informações**” com base em dois motivos: o primeiro seria a **falta de tempo para uma atenção individualizada**

Eu penso que ainda não seria, precisaria mais coisas né, mas aí entra uma série de coisas por exemplo, o tempo, o tempo é muito curto, eu acho que precisaria mais, mas como nós estamos vivendo uma condição atípica hoje, até de

farmacologia né, o pessoal medica muito mais do que dá atenção ao paciente (M6).

Waidman, Koga e Stefanelli (1997), em estudo realizado em uma instituição psiquiátrica fechada e de grande porte, sobre a comunicação dos membros da equipe com o paciente e sua família, verificaram que os profissionais atribuem grande importância à comunicação com os familiares das pessoas portadoras de transtornos mentais; porém, revelam que essa comunicação é quase impossível, pela falta de tempo para fazê-la.

O segundo motivo para a insuficiência das informações seria a **difículdade de compreensão dos portadores de transtornos mentais.**

Seriam suficientes de acordo com o quadro do paciente no momento da internação, entendeu? depende do jeito que o paciente tá internando isso daí ele não vai nem perceber, na realidade não tem como passar essas informações pra ele, dependendo do jeito que ele estiver sendo internado (AE17).

Então... paciente psiquiátrico é muito difícil né, assim, as vezes por mais que você fala 20 vezes a mesma coisa e dá a informação que eles precisam. Eles não aceitam, acham que você não tá querendo dar informação, que você não tá falando a verdade, entendeu, então o paciente psiquiátrico é complicado (E26).

5.4.5 Acesso aos meios de comunicação disponíveis

No atendimento em saúde mental, o portador de transtorno mental tem direito a ter livre acesso aos meios de comunicação existentes. No serviço estudado, os pacientes possuem acesso basicamente a TV, rádio e telefone, sendo que há restrições quanto ao último. Pacientes internados por meio do SUS podem utilizar o telefone público uma vez por semana se a família e o serviço social autorizarem. Semanalmente, o assistente social faz o acompanhamento do paciente e de acordo com o seu prontuário e este atendimento é que autoriza ou não a ligação, desde que a autorização seja previamente acordada com a família.

Eles têm direito a fazer uma ligação por semana [...] mas não é livre né, tem que passar pelo serviço social, e o serviço social autoriza a ligação ou não (E3).

É orelhão né, que eles têm direito a ligação quando o serviço social autoriza, quando o paciente é orientado que não tenha risco de fuga, eles têm direito a ir ao orelhão ao menos uma vez por semana, cada um (AE5).

Mesmo porque tem família que não autorizam eles fazerem a ligação, então aí se a família proíbe, o paciente não pode fazer, então por isso tem que passar pela assistente social (E26).

Em contraposição, os pacientes da ala do convênio e particular podem fazer uma ligação por dia e receber uma por dia, utilizando o telefone que fica no posto de enfermagem.

Agora a ala que é convênio são, tem os horários assim, mais liberados né (AE8).

Acesso assim, convênio eles têm direito a ligação, eles têm direito a receber, e direito a fazer ligação, né? O dia todo, uma ligação, ele tem direito a receber uma e fazer uma, né? Isso todos os dias. Então por dia têm direito a duas ligações, né?

(AE13).

Essas restrições ao uso dos meios de comunicação se justificam pelo fato dos portadores de transtornos mentais internados muitas vezes apresentarem sintomas psicóticos, dificultando o estabelecimento de um diálogo com a família. O contexto familiar também pode influir na não permissão pelo assistente social, pois às vezes a ligação pode acarretar na piora do paciente. Ainda, se o uso não for restrito, os pacientes podem não conseguir discernir sobre a utilização equilibrada deste recurso, vivendo em função desta possibilidade e pedindo para telefonar o dia todo, por exemplo.

5.4.6 Lacunas no conhecimento dos profissionais sobre os tipos de internação, suas diferenças e especificidades

Após a Lei 10.216/01, a internação psiquiátrica é indicada apenas para casos graves e quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede. Cardoso e Galera (2011, p. 88) consideram casos graves

situações em que há presença de transtorno mental com no mínimo, uma das seguintes condições: risco de auto-agressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de auto-cuidado.

O artigo 6º da Lei 10.216/01 prevê os seguintes tipos de internação: I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III- internação compulsória: aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2001). A Portaria GM 2.391/2002 acrescenta a modalidade internação voluntária que se torna involuntária (BRASIL, 2002).

Esta categoria reúne as falas dos participantes acerca dos tipos de internação. A análise das respostas evidencia o desconhecimento dos sujeitos sobre as diferenças e especificidades dos tipos de internação. Foram relacionadas cinco subcategorias: **“Exigência da presença de um responsável na voluntária”**; **“Internação Involuntária quando a família interna”**; **“Internação involuntária**

como sinônimo de internação compulsória”; “Não existe involuntária?”; “O papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária”.

Em relação à internação voluntária, a lei dispõe que a internação só será voluntária se o paciente declarar por escrito que a aceita. Para isso, ele deve ser maior, não ser civilmente interdito e deve estar psicologicamente orientado. Para os sujeitos do estudo, também há a **exigência da presença de um responsável na voluntária.**

Olha a voluntária é quando o paciente vem e procura a nossa instituição né, primeiramente ele procura a emergência psiquiátrica e solicita a sua internação, né, falando que ele não tá bem, que gostaria de ser internado, juntamente com a sua família (E1).

A voluntária o paciente é... por vontade própria vai até o PS Central né, sempre tem que vir o acompanhante, sozinho nunca, porque quando o paciente é um paciente psiquiátrico ele tem que ter uma pessoa que responde por ele, porque mesmo que ele seja a pessoa mais orientada do mundo entende-se que ele precisa de alguém que responde por ele, por ele ter um transtorno psiquiátrico, né, porque uma hora ele pode estar orientado, e daqui a pouquinho ele pode não estar orientado (E2).

No entanto, não há essa exigência formal quando se trata de internação voluntária, visto que, como mencionado no parágrafo anterior, o portador de transtorno mental deve no momento em que requer sua internação, ser civilmente e psicologicamente capaz.

Quanto à capacidade civil, “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil” - artigo 1º do Código Civil (BRASIL, 2002). A capacidade pode ser plena ou limitada. As pessoas que possuem capacidade civil limitada exercem seus direitos e deveres por intermédio de outra pessoa. A incapacidade absoluta acarreta a total impossibilidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, enquanto que a incapacidade relativa possibilita a prática de atos da vida civil, desde que assistido por um representante legal (arts. 3º e 4º do CC). O Código Civil dispõe no artigo 3º,

inciso II, que as pessoas com transtorno mental são absolutamente incapazes (BRASIL, 2002). Porém, “até prova em contrário, toda pessoa é capaz. A constatação de um transtorno mental, por si só, é insuficiente para se decretar a interdição” (MUSSE, 2008, p. 123). Assim, para que a pessoa portadora de transtorno mental seja considerada incapaz civilmente é necessário uma “perícia médica a fim de que o profissional possa efetuar a aferição e a declaração do grau de comprometimento e de (in)capacidade do interditando” (MUSSE, 2008, p. 123).

Quanto à capacidade psíquica,

o critério legal para definir capacidade tem como foco o entendimento do paciente sobre sua doença e suas consequências, os vários tratamentos disponíveis e seus riscos e benefícios, a credibilidade nas informações para que seja tomada uma decisão, por parte do indivíduo afetado pela doença que, obviamente, requer alguma habilidade intelectual (FORTES, 2010, p. 327).

Portanto, na internação voluntária, o portador de transtorno mental não tem sua capacidade de tomar decisões afetada pela doença mental, não necessitando de um responsável, do contrário, se ele não estiver apto para decidir sobre saúde a internação é involuntária havendo a exigência do responsável, que tomará “em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditadas” (BARROS; SERAFIM, 2009).

A internação involuntária é aquela que se dá a pedido de terceiro, pois as condições clínicas do paciente não permitem o consentimento e em situações de emergência. Há uma certa confusão quanto a compreensão da internação involuntária pelos sujeitos do estudo. A internação involuntária foi explicitada de três formas, a primeira é a **internação involuntária como aquela em que a família interna**. Esta é a concepção mais próxima da definida na lei.

[...] que a família que interna (involuntária) (AE14).

Involuntária é quando vem, quando é a familiar, alguém que quer que interna ele né (AE18).

A involuntária que a família assina um termo né, que a família que coloca o paciente, que ele não tá em condição de responder por ele então a família responde (AE8).

Esse tipo de internação em que a família é quem decide foi denominado pelos participantes como **internação forçada**, em que, em muitos casos, é necessário até mesmo a presença policial.

Internação forçada, né? onde a família chama ou o samu, ou até polícia, ai eles que trazem o paciente até aqui, né? de uma forma involuntária mesmo (P9).

A involuntária que de repente a família né, impõe de uma certa forma, entre aspas né, essa internação porque ele precisa, apesar dele achar que ele não tem necessidade de tratamento ou internação psiquiátrica (M10).

A involuntária é quando esse paciente ele é trazido pra emergência psiquiátrica contra sua vontade, geralmente, é... quando ele é trazido pra emergência contra sua vontade, essa remoção é feita através do serviço de SAMU, né, então a família tem que solicitar o SAMU, e a polícia militar pra fazer isso, né (E1).

Internação que tem a força né, quando a família quer (AE5).

A internação involuntária também foi identificada como **sinônimo de internação compulsória**.

[...] que a família interna, é... não por vontade dela... (compulsória) (AE14).

A internação compulsória, que é quando a involuntária né (M28).

Desse modo, ressalta-se que a internação compulsória não deixa de ser uma forma de internação involuntária. A diferença entre as duas modalidades é que a compulsória é determinada por medida judicial.

Nesse tipo de internação, os juízes devem levar “em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais

internados e funcionários” (BRASIL, 2001; BARROS, 2009). Durante o período de observação, constatou-se que não há esse cuidado em conhecer o estabelecimento antes de determinar a internação. O hospital já recebeu internações compulsórias de pacientes cumprindo pena por crimes graves e também de crianças sem ter estrutura para recebê-los sem colocar em risco a segurança dos funcionários e dos demais pacientes.

O total desconhecimento dos profissionais sobre as modalidades de internação psiquiátrica fica evidente na fala seguinte:

O paciente pode ser internado voluntariamente né ou então a internação pode ser compulsória quando o paciente é um psicótico não tem crítica do que tá acontecendo com ele, oferece riscos pra terceiros ou pra ele próprio, aí a internação passa a ser compulsória com respaldo judicial e a responsabilidade da internação, a responsabilidade do bem-estar do paciente passa a ser do médico e da equipe do hospital (M33).

Estar em quadro psicótico é pressuposto para todas as modalidades de internação, e não apenas para a compulsória. Como já mencionado anteriormente, a internação psiquiátrica só é indicada em casos graves, ou seja, quando o paciente encontra-se em quadro psicótico, havendo risco de autoagressão, heteroagressão e incapacidade grave de autocuidado (CARDOSO; GALERA, 2011; FORTES, 2010).

Não existe involuntária?

Alguns entrevistados acreditam que não exista a internação involuntária, uma vez que os pacientes têm direito de ir e vir.

O paciente tem o direito de ir e vir, né, ele não é, a internação não é obrigatório ele tem direito de recusar a internação, se essa internação não for compulsória, é... (E1).

Ele fica sabendo que ele vai internar, assim, ele assim, ele falar que não quer internar, ele não é obrigado a entrar (E4).

Voluntária, na realidade a internação é voluntária, ela só não é voluntária quando o paciente ele sofre de esquizofrenia, ou uma coisa mais profunda assim que ele não tem consciência do que ele, do que tá acontecendo ao redor dele, então assim não é voluntária no caso (AE21).

No entanto, essa posição diverge do que foi presenciado durante o período de observação, e das falas dos entrevistados, que argumentam não forçar a internação, mas de alguma forma utilizam estratégias de “intimidação” para que os pacientes aceitem ficar nos hospital.

Quando é involuntária, aí a gente conversa, explica, tenta convencê-lo, tenta fazê-lo com que ele entre voluntariamente mas quando não tem a possibilidade [...] [...] a gente tem que mobilizar a masculina inteira, as vezes é involuntária, mas ele vê aquele monte de homem aqui e começa entrar né, entra numa boa (E2).

Porque na verdade aqui no hospital a gente só interna paciente voluntário, paciente que quer internar, no caso tem que ser orientado, se o paciente não for orientado aí a gente pode recolher se a família autorizar, mas se o paciente for orientado e ele virar pra você e falar eu sei onde eu to, eu sei que dia é hoje, eu sei que horas são e eu não quero internar, você não pode recolher, pode a família falar, pode o médico autorizar... [...] Só. Só se ele não souber onde ele tá, o que que tá acontecendo, aí a gente pode recolher, [...] Não faz (internação involuntária), a gente não recolhe, a gente pede pra família conversar com o paciente, se o paciente aceitar tudo bem, a gente recolhe, a gente até faz um diálogo, olha você vai internar, você precisa fazer um tratamento e tal, mas de pegar e colocar pra dentro não. [...] Na maioria das vezes sim (conseguem convencer o paciente) (E12).

Existindo a transtorno mental grave e o risco pessoal eminente ou de outra pessoa, o médico pode, com a autorização da família ou do representante legal, realizar a internação involuntária. O direito de liberdade do paciente que

naquele momento não possui capacidade para compreender sua doença e suas consequências, tampouco o tratamento com seus riscos e benefícios - nesse caso será constrangido para que outros direitos essenciais como o direito à vida, à saúde, à integridade física e à dignidade, sejam preservados (BOTEGA; TURATO, 2006; BRITO, 2004).

Muitas vezes não, muitas vezes eles não estão em condições de responder por si mesmos, muitas vezes eles não sabem o que é melhor pra ele mesmo, e a gente passa assim por cima dos direitos dos pacientes, mas pelo bem deles (E2).

A internação involuntária poderá ocorrer em situações ordinárias ou de emergência. No primeiro caso, deve ser solicitada uma autorização judicial prévia. Nas internações de emergência, deve-se, no prazo de 72 horas, comunicar o caso ao Ministério Público Estadual (BRASIL, 2001). Com isso, nas situações de internação involuntária foi inserido um novo ator com função reguladora, o Ministério Público, buscando-se colocar “em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos do portador de transtorno mental quando for internado involuntariamente” (BRITO, 2004, p. 97).

É preciso pro ministério público hoje a internação involuntária né, internação involuntária (M6).

Trinta e dois dos trinta e três participantes demonstraram não conhecer o **papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária.**

Qual a função do ministério público dentro de uma instituição psiquiátrica, realmente não sei te responder essa pergunta (E1).

Do Ministério Público? Risos. Você me pegou. Risos. O Ministério Público é... [...] mas é... a participação deles em si é uma pergunta pra mim muito difícil, eu não sei qual é a participação do Ministério Público (E2).

[...] E a judicial que é do Ministério Público, ele determina a internação ou não, então a única interferência deles é em relação a isso, né, internação de menor, menor de idade né, internação de pessoas que corre risco pra sociedade, eles entende que ele é risco de ficar lá fora, aí eles faz uma ordem judicial pra internação do paciente (E3).

O promotor? se for menor, se for menor, tá, e o juiz tiver com a guarda, é ele quem determina, já tiveram várias, várias meninas aqui menor, que ele que estipulou (AE14).

Eu acredito que muitas vezes a gente recebe pacientes que vieram por ordem judicial pra serem internados, eu acredito que aí é porque o ministério entrevistou, mas fora dessa circunstância eu desconheço (M28).

O responsável pela comunicação ao Ministério Público é o Diretor Clínico. A Portaria GM nº 2.391/02 elaborou um modelo de formulário próprio, o Termo de Comunicação de Internação Involuntária. Das informações que devem estar contidas neste documento, destaca-se: o tipo de internação (voluntária ou involuntária), o motivo e justificativa da internação e a descrição dos motivos de discordância do usuário que está sendo internado (BRASIL, 2002).

O Ministério Público pode requerer informações complementares, bem como realizar entrevistas com o paciente, familiares, e quem mais achar necessário, podendo autorizar novos exames com diferentes profissionais (BRASIL, 2002).

A Constituição da República de 1988 define o Ministério Público como “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988). Cabe ao Ministério Público fiscalizar a execução e a efetivação dos direitos fundamentais, coletivos e sociais. No campo da saúde mental, o Ministério Público é o órgão responsável para garantir o cumprimento dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, por meio de sua atuação e suas ações.

A Lei, ao incluir a participação do Ministério Público no processo de internação, “contribui para que as pessoas com transtorno mental tornem-se cientes

de seus direitos e tenham um órgão ao qual recorrer caso sintam-se lesionadas em seus direitos e em sua condição de cidadão” (BRITO, 2004, p. 106). Contudo, verificou-se, pela dificuldade dos sujeitos em expressarem o papel do Ministério Público nos casos de internação involuntária, que há, ainda, pouca interação do Ministério Público com a organização estudada.

5.4.7 Compreensão dos profissionais sobre os direitos dos pacientes

No atendimento em saúde mental, a pessoa, seus familiares ou responsáveis devem ser formalmente cientificados sobre os seus direitos elencados na Lei 10.216/2001. Nesse contexto, é papel dos profissionais de saúde oferecer estas informações durante o cuidado. Dessa forma, partindo da ideia de que é preciso conhecer os direitos para assim respeitá-los e orientar os pacientes, buscamos compreender o quanto os sujeitos desta pesquisa conhecem sobre os direitos dos seus pacientes.

Foram identificadas as seguintes subcategorias: **“Direito de ir e vir”**; **“Direitos iguais”**; **“Direito de visita”**; **“Direito a informação”**; **“Direito a tratamento humanizado”**.

A maioria dos entrevistados disseram não conhecer ou conhecer pouco os direitos dos pacientes. Enfatiza-se, também, que os entrevistados associam os direitos apenas ao conhecimento da legislação.

Olha eu sei que tem o estatuto, né, inclusive eu tenho ele em mãos, faz pouco tempo que ele chegou até mim, o estatuto, mas alguns a gente já sabia, já sabe (E3).

Legislação, eu não tô... legislação é pra advogado e juiz né, eu tenho que entender mais a pessoa né (M6).

De lei não (P9).

Infelizmente não. Precisava. Essa lei que você citou aí por exemplo eu nem sei qual o teor dela (M28).

Se eu conheço os direitos dos pacientes... olha... eu nunca li

nada que me falasse os direitos deles, sei que todos tem direitos sim aqui dentro entendeu? Mas eu nunca catei um livro e li os direitos do paciente é esse, esse e esse entendeu? (AE31).

Os direitos, olha, eu nunca cheguei a ler sobre isso, mas, acredito que, então eu não conheço né, se eu não li eu não conheço (AE32).

Acredita-se que a relação estabelecida diretamente entre o direito e a lei pelos participantes do estudo ocorre devido ao Brasil adotar o sistema jurídico romano-germânico, baseado no direito romano e sistematizado pelo fenômeno da codificação do direito. Nos países de tradição romano-germânica, o direito é organizado em códigos. Para Bobbio (1992, p. 79-80, grifos do autor):

“Direito” é uma figura deôntica e, portanto, é um termo da linguagem normativa, ou seja, de uma linguagem na qual se fala de normas e sobre normas. A existência de um direito, seja em sentido forte ou fraco, implica sempre a existência de um sistema normativo, onde por “existência” deve entender-se tanto o mero fato exterior de um direito histórico ou vigente quanto o reconhecimento de um conjunto de normas como guia da própria ação (BOBBIO, p. 79-80).

Entretanto, o conceito de direito é bem mais abrangente que apenas a lei, sendo esta uma das principais fontes no sistema em que o direito é escrito, e tem como função específica estabelecer regras.

Verifica-se, ainda, que os participantes que responderam conhecer os direitos, apesar da resposta, não conseguiram explicitá-los, sentindo grande dificuldade para elencar os direitos dos seus pacientes.

Conheço (AE5, M10, AE15, AE21).

Acredito que sim (M33).

Entretanto, quando a pesquisadora solicitou que pensassem um pouco mais a respeito dos direitos dos portadores de transtornos mentais atendidos por aquele serviço, surgiram algumas idéias: **“Direito de ir e vir”**; **“Direitos iguais”**; **“Direito de visita”**; **“Direito à informação”**; **“Direito a tratamento humanizado”**.

O **Direito de ir e vir** foi um dos direitos mais citados pelos entrevistados. Há um senso comum entre os participantes de que todo paciente tem direito de ir e vir, no sentido de que eles não podem ser internados contra vontade e que dentro do hospital, ou melhor, dentro de sua ala, podem circular normalmente.

Todos têm direito de ir e vir (TE15).

Direito de ir e vir (TE16).

Direito de ir e vir aqui dentro, isso aqui não é uma cadeia, isso aqui não é uma prisão tá, o direito de, o direito... (AE17).

Eles têm o direito de ir e vir sem ter, sem ter, sem tipo assim ser bloqueado, pela gente (AE21).

Observa-se, então, que a concepção do direito de ir e vir é limitada, não abrangendo o ideal preconizado pelo direito à liberdade de locomoção previsto na Constituição da República, que declara em seu artigo 5º, XV, “livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens” (BRASIL, 1988).

Para Silva (2005), a liberdade da pessoa física se opõe ao estado de escravidão e de prisão e também a detenção, prisão ou qualquer impedimento à locomoção da pessoa, inclusive a doença. Portanto, a própria doença do portador de transtorno mental já é uma barreira ao exercício do direito de ir e vir.

A questão da restituição da liberdade da pessoa portadora de transtorno mental é um dos temas cruciais levantados pelo movimento da reforma psiquiátrica. Dessa forma, a bandeira do movimento da psiquiatria democrática italiana que inspirou o movimento brasileiro é de que “a liberdade é terapêutica” (ROTELLI, 1994, p. 153). O tratamento era realizado para que se restituísse a razão e assim a liberdade. Na psiquiatria democrática italiana a liberdade se transforma em condição para o tratamento (BASAGLIA, 2005).

O primeiro desdobramento disso é que os serviços passam a ter como requisito básico a marca das “portas abertas”, privilegiando a inserção dos usuários fora do manicômio, a sua circulação no espaço exterior. Poderíamos destacar também o trabalho de desinstitucionalização como contendo dois vieses: um que remeteria a sua inserção no território; o outro diria respeito às perspectivas que a liberdade traria ao próprio sujeito, resgatando sua iniciativa, sua singularidade (FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2010, p. 133).

Assim, o direito de ir e vir mencionado pelos entrevistados também não se enquadra na liberdade idealizada pelo movimento da reforma psiquiátrica, pois se trata de uma instituição fechada, de modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, o fato de o modelo atual preconizar as “portas abertas” e a liberdade do portador de transtorno mental pode ter influenciado os participantes a mencionarem, dentre os direitos dos pacientes, o de ir e vir.

Direitos Iguais

Os direitos dos portadores de transtornos mentais para os entrevistados são os mesmos direitos de todo cidadão. Como já mencionado, os direitos civis e políticos e os direitos sociais, econômicos e culturais foram aclamados como direitos de todos os seres humanos. Todavia, devido à dificuldade de alguns grupos, como o das pessoas portadoras de transtornos mentais, efetivarem o exercício de seus direitos é que foram criadas leis específicas para garantir que essas pessoas, muitas vezes deixadas à margem da sociedade, pudessem exercê-los.

Os próprios profissionais, ao falarem que os pacientes possuem os mesmos direitos, já os tratam com desigualdade, distinguindo os portadores de transtornos mentais das “pessoas normais”.

Como qualquer cidadão, exceto pacientes com deficiência, retardo mental que necessita de um curador (AS7).

Ele tem o direito de, tem assim os direitos dele como cidadão normal entendeu? (AS8).

Direito humano, né? o que todos nós, né? Eles são pacientes psiquiátricos, né? que têm transtorno mental, mas eles têm os mesmos direitos que eu, que você né? Alguns com as limitações, né? Mas têm os mesmos direitos, com certeza (P9).

Eles têm os direitos de uma pessoa normal, eu acredito, entendeu? (AS27).

Dessa forma, percebe-se que a estigmatização e a discriminação em relação aos portadores de transtornos mentais ainda é muito evidente, também por parte dos profissionais e não somente da comunidade.

Estudos mencionam que nos serviços de saúde, alguns profissionais acabam adotando condutas onipotentes, individualistas e arrogantes com os pacientes, demonstrando preconceito, discriminação e a falta de respeito aos direitos humanos e à dignidade humana, tornando o atendimento desumano e sem qualidade. Em unidades de pronto atendimento, a situação é mais lamentável, os portadores são tratados como “loucos” e são abordados por alguns profissionais de enfermagem de forma grotesca, chegando a humilhá-los e constrangê-los (CHAMMA; FORCELLA, 2001).

Em um estudo realizado por Nunes, Jucá e Valentim (2007), destacou-se que as práticas realizadas pelos agentes do Programa Saúde da Família com pacientes portadores de transtornos mentais eram:

Inadequadas ou pautadas em concepções retrógradas dentro do campo da saúde mental com base em três parâmetros. O primeiro deles diz respeito a ações excessivamente normatizadoras e apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico. O segundo destaca ações de cunho discriminatório e o terceiro, aquelas de caráter moralista-repressivo (p. 2379).

Sendo assim, é fundamental que se modifique esta lógica de onipotência e preconceito nas relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, para que realmente estes seres humanos portadores de transtorno mental possam exercer os seus direitos, considerando sua individualidade, as especificidades e características de sua enfermidade.

Direito de receber visitas

Todo usuário da saúde tem direito a visita diária, não inferior a duas horas (Princípio 3º, inciso IV da Carta dos Direitos dos usuários da Saúde). Esse direito quando observado contribui com a melhora do quadro do paciente, pois a participação da família no tratamento fortalece e mantém a inserção social do portador de transtorno mental durante a internação (MUSSE, 2008).

Tem direito de receber visita, de falar com a família, de ter respaldo familiar (E12).

Ah, direitos deles ter visita (AE19).

Direito à informação

O direito à informação já foi discutido anteriormente, mas o tema é aqui novamente discutido para destacar que, embora as informações prestadas sejam consideradas insuficientes, este direito foi bastante mencionado pelos sujeitos quando perguntados sobre os direitos que acreditam que os pacientes possuam.

Eles têm direito a ter informação sobre o tratamento deles, eles têm direito de saber sobre normas e rotina do hospital, eles têm direito de fazer as terapias deles, de sair, de passar o final de semana em casa, agora falando assim... começa lembrar um monte...(E12).

A conversar com o médico, a saber qual, qual o seu tratamento, o que ele tá tomando, é, qual medicamento que ele tá tomando, eu acho que ele tem... esses direitos (AE18).

Paciente tem direito a informação (AE32).

Direito a um tratamento humanizado

Os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (BRASIL, 2006), enfatizam que todo cidadão tem direito a ser atendido com ordem, organização e com qualidade de serviço. Sendo assim, o cuidado deve ser humanizado e sem nenhuma discriminação, conservando total respeito aos direitos do paciente. Nessa perspectiva, o assunto *humanização* vem sendo largamente discutido pela comunidade acadêmica, profissionais de saúde e elaboradores de políticas no Brasil. Dentre estas iniciativas, enfatiza-se também a Política Nacional de Humanização de 2003, instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Assim, o portador de transtorno mental, como cidadão, deve exercer o

seu direito à saúde, por meio de um atendimento acolhedor, que respeite a sua individualidade e, ao mesmo tempo, recebendo um cuidado resolutivo, adequado e efetivo ao seu problema.

Eu acho que eles têm direito a um tratamento digno, ético, e respeitoso (M6).

Direitos básicos que qualquer ser humano teria né, o respeito, a individualidade né, esclarecimento sobre o problema de saúde dele, né, mesmo que seja um paciente psiquiátrico ele tem o direito de saber o que tá acontecendo com ele, ser bem tratado, ser resguardado a parte física, a proteção física dele, a saúde, enfim (M30).

Para os profissionais, o tratamento humanizado também inclui ter direito a alimentação, higiene e local adequado para dormir.

Têm direito a ser bem tratado, ter comida, ter higiene, lugar adequado pra ele dormir, condições mínimas assim (TO28).

O paciente tem direito a uma boa estadia, na internação dele, direito a uma boa refeição, e acho que o paciente tem direito a várias coisas entendeu (AE32).

Cada pessoa tem direito de ter uma vestimenta, de se alimentar, a ter uma higiene, entendeu? (AE14).

Cada um tem seu quartinho, todo paciente aqui por mais que seja desorientado, cada um respeita a cama de cada um, cada um respeita o lugar de cada um, entendeu? (AE31).

Direitos elencados na Lei 10.216/01	Categorias	Subcategorias
<p>- ter acesso ao melhor tratamento do sistema único de saúde, consentâneo às suas necessidades.</p> <p>- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.</p> <p>- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.</p>	<p>A pessoa portadora de transtorno mental e o acesso ao hospital</p> <p>A inserção da família no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental</p> <p>A comunidade e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental</p>	<p>A participação da família como fator fundamental para a melhora do paciente</p> <p>O abandono familiar e suas conseqüências no tratamento</p> <p>Estratégias do serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento</p> <p>O papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental</p> <p>Preconceito com relação a pessoa e ao transtorno mental</p>
<p>- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.</p> <p>- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p>- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis</p> <p>São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p>	<p>Acesso à informações sobre o transtorno mental e a internação</p> <p>Acesso aos meios de comunicação disponíveis</p> <p>Lacunas no conhecimento dos profissionais sobre os tipos de internação, sua diferenças e especificidades</p>	<p>O paciente e as informações prestadas: normas e rotinas do hospital</p> <p>O papel dos profissionais de saúde no oferecimento de informações aos pacientes</p> <p>A insuficiência das informações e suas causas</p>

continuação...

Direitos elencados na Lei 10.216/01	Categorias	Subcategorias
<p>II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e</p> <p>III- internação compulsória: aquela determinada pela justiça.</p> <p>- A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.</p> <p>O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.</p> <p>- A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.</p> <p>- A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p> <p>- A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</p> <p>- O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</p>		<p>Exigência da presença de um responsável na internação voluntária</p> <p>Internação involuntária como aquela em que a família interna</p> <p>Internação involuntária como sinônimo de internação compulsória</p> <p>Não existe involuntária?</p> <p>O papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária</p>

continuação...

<p>Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. São eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental 	<p>Compreensão dos profissionais sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais</p>	<p>Desconhecimento da legislação em saúde mental</p> <p>Direito de ir e vir Direitos iguais Direito de visita Direito à informação Direito a tratamento humanizado</p>
--	--	--

conclusão.

Quadro 8 – Interrelação entre os direitos elencados na Lei 10.216/2001 e as Categorias e Subcategorias Temáticas

6 Considerações Finais

A luta pela proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais ganhou força nas últimas décadas, consolidando-se no Brasil com a Lei 10.216 de 2001 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e tratou da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Lei 10.216 (BRASIL, 2001) afirma ser direito da pessoa portadora de transtorno mental: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; receber tratamento humanizado e respeitoso e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer momento, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento que deve ocorrer em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e, preferencialmente, sem serviços comunitários de saúde mental. Os pacientes devem ser cientificados desses direitos ao serem internados. A Lei também trata das modalidades de internação, inserindo o Ministério Público Estadual como um novo ator com função reguladora nos casos de internação involuntária.

Por intermédio desta pesquisa, buscamos identificar a compreensão dos profissionais de saúde sobre esses direitos, uma vez que esses sujeitos exercem um importante papel na garantia dos direitos dos pacientes, sendo necessário, portanto, que estejam atentos a tais direitos.

A partir da análise dos dados obtidos concluímos que:

- Os profissionais do serviço estudado acreditam que as pessoas tenham fácil acesso ao serviço, embora exista um fluxo de atendimento a ser seguido e os pacientes tenham que passar primeiro pela emergência onde será verificada a disponibilidade de vagas, que é sempre escassa, devido ao fato do hospital ser o serviço mais utilizado na região para atendimento aos portadores de transtornos mentais;
- Embora os profissionais saibam da importância da participação da família no tratamento do portador de transtorno mental, as estratégias utilizadas para assegurar essa participação não são suficientes e ainda ocorrem muitos casos de abandono de pacientes no hospital por parte da família;

- A participação da comunidade no tratamento, que é um dos princípios preconizados pela reforma psiquiátrica, não é possível no local do estudo por se tratar de uma instituição fechada, o que limita a interação do paciente com a comunidade em que vive, sendo possível apenas quando saem de licença de final de semana. Assim, a participação da comunidade restringe-se à doações e trabalhos voluntários;
- O preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental ainda é muito evidente principalmente por parte da comunidade. Contudo, este preconceito também foi observado pelos próprios sujeitos do estudo que, em suas falas, caracterizavam os portadores de transtornos como “desorientados”, “poliqueixosos”, distinguindo-os das “pessoas normais”;
- O acesso às informações pelos portadores de transtornos mentais sobre seu transtorno e tratamento é limitado. Os participantes reconhecem no médico o único profissional apto a prestar tais informações, cabendo aos demais prestar apenas informações sobre as normas e rotinas do hospital. Ainda, embora essas informações sejam disponibilizadas, são consideradas insuficientes pela maioria dos sujeitos devido à falta de tempo para uma atenção individualizada e à dificuldade de compreensão dos portadores de transtornos mentais;
- O acesso aos meios de comunicação disponíveis não é livre como garante a lei. As restrições ocorrem em relação ao uso do telefone, e se justificam pelo fato dos portadores de transtornos mentais na maioria das vezes apresentarem quadro psicótico, não sendo possível discernir quanto à utilização equilibrada desse meio;
- Os entrevistados demonstraram desconhecer os tipos de internação. O desconhecimento fica evidente diante das seguintes lacunas: os sujeitos acreditam ser necessário um responsável na internação voluntária; a internação involuntária seria a internação compulsória, aquela em que o juiz determina a internação, enquanto que a involuntária prevista na lei não existe, pois ninguém pode ser internado contra a vontade. Também ficou demonstrado o desconhecimento sobre o papel do Ministério Público Estadual na internação involuntária e a pouca interação deste com a organização estudada.
- Por fim, quanto à compreensão dos profissionais sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais que corresponde ao objetivo geral deste

trabalho, a maioria dos participantes disseram e demonstraram não conhecer ou conhecer pouco os direitos dos pacientes. Os direitos mencionados por eles se limitam a: direito de ir e vir; igualdade de direitos; direito à visita; direito à informação e direito ao cuidado humanizado.

Em contrapartida, verificou-se no local de estudo mudanças importantes na estrutura e no cuidado. Destacam-se:

- as oficinas profissionalizantes oferecidas na terapia ocupacional para pacientes internados e que já obtiveram alta, como, marcenaria, corte e costura, culinária e horticultura; e também a prática de esportes e as atividades terapêuticas e expressivas, e,
- a busca constante dos profissionais, principalmente da equipe de enfermagem, em melhorar a atenção e o cuidado ao portador de transtorno mental, embora muitas vezes os recursos sejam escassos, e o número de funcionários pequeno para uma demanda tão grande de internações.

Em suma, podemos afirmar que não basta a existência de legislação que garanta o respeito aos portadores de transtornos mentais, constituindo-se num passo importante, mas que isolado, não levará a alterações efetivas da realidade. O conhecimento da legislação de saúde mental pelos profissionais de saúde mental é de extrema importância para a implementação efetiva da lei. É necessário, assim, promover ações de conscientização direcionadas aos profissionais de saúde sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, e as mudanças no modelo de atenção trazidas pela Lei 10.216/01, buscando assim, o maior cumprimento das leis de proteção ao portador de transtornos mentais.

Dessa forma, pretende-se apresentar estes resultados primeiramente aos participantes do estudo, e posteriormente aos tomadores de decisão da área de saúde do município para que possam desenvolver ações de educação e esclarecimento dos profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde mental, suas famílias e a comunidade sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, visando um exercício efetivo da cidadania deste grupo tão vulnerável da população.

Referências†

† De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AIHT, F. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Rumo ao fim dos manicômios**. *Mente e Cérebro*. 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html>. Acesso em: 24 set. 2008.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG**. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, D.M.; SERAFIM, A.P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 168-170, 2009.

BARROS, R.E.M.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 71-77, out. 2010. Suplemento 2.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do "espaço fechado". In: AMARANTE, P. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.171-191.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Câmpus, 1992.

BOTEGA, N.J.; TURATO, E.R. Pesquisa no hospital geral: primeiros passos. In: BOTEGA, N.J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 542-567.

BRASIL. **Código Civil**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto nº 142, de 11 de janeiro de 1890. Desanexa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Brasília, DF, 1890a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009. Não citado

_____. Decreto nº 206, de 15 de fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o decreto número 142 A, de 11 de janeiro último e cria a Assistência Médica e Legal de Alienados. Brasília, DF, 1890b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890. Aprova o regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados. Brasília, DF, 1890c. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 791, 27 de setembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Brasília, DF, 1890d. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 896, 29 de junho de 1892. Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados. Brasília, DF, 1892. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 2.467, 19 de fevereiro de 1897. Dá novo regulamento para a Assistência Médico-legal a Alienados. Brasília, DF, 1897. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 3.244, 29 de março de 1899. Reorganiza a Assistência a Alienados. Brasília, DF, 1899. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. Brasília, DF, 1903. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto n. 8.834, 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. Brasília, DF, 1911. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>.

Acesso em: 13 maio 2009.

BRASIL. Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Brasília, DF, 1921. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 4.665, de 24 de janeiro de 1923. Considera de utilidade pública a Liga Nacional contra o alcoolismo e outras instituições. Brasília, DF, 1923a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 4.778, de 27 de dezembro de 1923. Considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental, com sede nesta capital. Brasília, DF, 1923b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Brasília, DF, 1927. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF, 1934. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a lei 2.132, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Brasília, DF, 1961. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5 jun. 2011.

_____. **Legislação em Saúde Mental**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em

saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 25 set. 2008.

BRASIL. Projeto de Lei 3657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF, 12 set. 1989. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 3 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p.

BRITO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez. 2006.

CAVALHERI, S.C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

CHAMMA, R.C.; FORCELA, H.T. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos dos pacientes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 184-190, jun. 2001.

CHAVES, A.A.B. **Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva**. 2006. 83 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CHAVES, P.L.; COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L. A enfermagem frente a direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-43, 2005.

CINTRA JR., D.A.D. Direito e saúde mental. **Revista de Direitos Difusos**, v. 19, p.

2545-2552, maio/jun., 2003.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 51-66.

CURY, I.T.T. **Direito fundamental à saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DUARTE, J.A.M. Entrevista em profundidade. In: _____. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 62-83. v. 1.

FERREIRA, A.A.L.; PADILHA, K.L.; STAROSKY, M. A questão da cidadania e da liberdade nos processos da reforma psiquiátrica: novas possíveis práticas de governamentalidade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 116-143, 2010.

FORTES, H.M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 321-330, dez. 2010. Suplemento 2.

FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, P.S.; NIEVAS, A.F.; SILVA, E.C. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Revista Texto e Contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, set./dez. 2002.

GABLE, L.; VÁSQUES, J.; GOSTIN, L.O.; JIMÉNEZ, H.V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 18, n. 4, p. 366-373, 2005.

GRAHAM, N.; LINDESAY, J.; KATONA, C.; BERTOLOTE, J.M.; CAMUS, V.; COPELAND, J.R.M. et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 39-49, 2007.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L.P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, p. 160-166, 2005.

HOSPITAL DOUTOR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES. Disponível em: <<http://www.bezerra.org.br/interna.asp?lr=area.asp&area=75>>. Acesso em: 1 jul. 2011.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORGE, M.A.S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A.; LUZ, P.M.; CAVALEIRO, L.M.M.; COSTA, R.F. Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 129-136, jan./mar. 2008.

KANTORSKI, L.P. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, fev. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 ago. 2008.

KINOSHITA, R.T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R.; DALLARI, D.A.; COSTA, J.F.; MOURA NETO, F.D.M.M.; KINOSHITA, R.T.; LANCETTI, A. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Edições Mandacarú, 1987. p. 67-83.

KUHN, M.E.G.; KANTORSKI, L.P. Aspectos éticos da assistência ao doente mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 103-117, 1995.

LEITE, R.A.F. **Direito à informação em saúde**: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 135-145, 1996.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MAZZUOLI, V.O. **Direitos humanos, constituição e os tratados internacionais**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

MESSAS, G.P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan./mar. 2008.

MIASSO, A.I; CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 2, n. 39, p. 136-144, 2005.

MOREIRA, H., CALEFFE, L.G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração**. 16. ed. São Paulo: Pioneira, 1991.

MUSSE, L.B. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das Reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 13, p. 983-1010, set./dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS/WHO, 1946.

_____. **Resolução nº 46**. A proteção de pessoas acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. 1991. Disponível em: <www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/.../protecaopessoatm.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência**. Guatemala, 7 jun. 1999. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/o.Convencao.Personas.Portadoras.de.Deficiencia.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São

Paulo: Saraiva, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRANDONI, R.F.S.; PADILHA, M.I.C.S. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 623-634, dez. 2006.

PRANDONI, R.F.S.; PADILHA, M.I.C.S.; SPRICIGO J.S. A reforma psiquiátrica possível e situada. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 357-365, 2006.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A., VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

RANDEMARK, N.F.R.; JORGE, M.S.B.; QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-550, out./dez. 2004.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, J.C.S. **Direito da saúde**. São Paulo: LTr, 1999.

ROSSMAN, G.B.; RALLIS, S.F. **Learning in the field: an introduction to qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1998.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização** (Org.). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANTOS, J.L.F.; FUREGATO, A.R.F.; OSINAGA, V.L.M. Condicionantes do

conhecimento do diagnóstico médico em três serviços psiquiátricos. **Revista Enfermagem UFRJ**, Rio de Janeiro, n. 18, v. 1, p. 80-85, jan./mar. 2010.

SÃO PAULO (Estado). **Lei estadual nº 10.241**, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/lei_10241_direitos_usuarios.pdf. Acesso em: 2 fev. 2011.

SCHWARTZ, G. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SILVA, J.A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2005.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-455, abr./jun. 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TERRADAS, A. Manicômios resistem na região de Rio Preto. **Bom dia Rio Preto**, São José do Rio Preto, 18 maio 2011. Disponível em: <<http://redebomdia.com.br/noticias/dia-a-dia/54233/lei+que+preve+reducao+de+manicomios+completa+10+anos,+mas+locais+resistem>>. Acesso em: 1 jul. 2011.

TIMENI, S. **Teoria da Burocracia Weberiana e a relação com a Saúde Pública do RN**. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/teoria-da-burocracia-weberiana-e-a-relacao-com-a-saude-publica-do-rn/51758/>>. Acesso em 30 jun. 2011.

TRINDADE, A.A.C. **A proteção internacional dos direitos humanos: fundamentos jurídicos e instrumentos básicos**. São Paulo: Saraiva, 1991.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006.

VIANNA, C.O.; OPITZ, S.P.; MIASSO, A.I.; LINHARES, J.C.; CASSIANI, S.H.B. Segurança do paciente hospitalizado: avaliação do grau de conhecimento sobre terapêutica medicamentosa. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 235-242, ago. 2004.

WAIMAN, M.A.P.; ELSEIN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, jul./set. 2005.

WAIMAN, M.A.P.; KOGA, M.; STEFANELLI, M.C. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 82-85, 1997.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. **Sociologia da burocracia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

WEISS, Carlos. **Direitos humanos contemporâneos**. São Paulo: Malheiros, 2006.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, out./dez. 2004.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: A APLICABILIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA.

OBJETIVO DA PESQUISA: Identificar como os profissionais de saúde que trabalham em um hospital psiquiátrico compreendem os direitos humanos elencados na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

DESCRIÇÃO DA PESQUISA:

Se quiser me ajudar neste estudo, eu vou fazer a você algumas perguntas. A entrevista deverá levar no máximo 30 minutos. As questões são sobre suas percepções sobre os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais. Essa conversa será gravada se você assim permitir. É importante a gravação para que nenhum detalhe passe despercebido, e para que mais tarde eu não faça nenhuma confusão, já que conversarei com outras pessoas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua participação no estudo é completamente voluntária e você pode parar a qualquer momento e por qualquer razão. Você também pode se recusar a responder qualquer uma das perguntas.

CONFIDENCIALIDADE

Sua identidade permanecerá confidencial de acordo com a lei. Suas respostas às questões serão gravadas por meio digital. A arquivo será identificado pelo pesquisador apenas com um código e após a transcrição dos dados serão destruídos. Todos os dados coletados serão guardados em lugar seguro durante todo o curso do estudo. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso a eles. Nos trabalhos e encontros científicos somente serão mencionados os códigos ou dados agrupados. Nomes ou iniciais não serão identificados.

BENEFÍCIOS

Não há benefícios pessoais diretos para você. Contudo, você oferecerá informações mais realistas sobre a atual situação dos direitos humanos dos seus pacientes.

CUSTOS/REEMBOLSO

Você não terá gastos ao participar deste estudo.

PAGAMENTO

As entrevistas não serão remuneradas.

PERGUNTAS

Se você tiver alguma dúvida relacionada ao estudo, pode entrar em contato com Carla A. Arena Ventura, Telefone: 16-36023422.

Se por alguma razão você não quiser contactar a pessoa que o entrevistou, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP das 8h às 17h pelo telefone _16-36023386 ou no endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP.

CONSENTIMENTO

A pesquisa me foi explicada. Qualquer problema que tive ao ler ou compreender foi esclarecido. Eu

tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa.

Eu concordo em participar.

(Você receberá uma cópia deste consentimento informado)

Assinatura do Participante.....

Assinatura da Pesquisadora (Emanuele Seicenti de Brito).....

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 201_.

PESQUISADORES: Emanuele Seicenti de Brito - Mestranda em Ciências no Programa de Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.

Carla Aparecida Arena Ventura - Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.

Agradecemos a sua disponibilidade, tempo e apoio.

APÊNDICE B - Roteiro para a realização das entrevistas semi-estruturadas

1- Dados sócio-demográficos:

- Sexo
- Estado Civil:
- Profissão:
- Tempo de trabalho na profissão:
- Tempo de trabalho na instituição:

2- Temas a serem abordados:

- Como é o processo de hospitalização aqui? Os pacientes têm fácil acesso ao hospital?
Qual a participação da família no tratamento? E da comunidade?
Você considera o cuidado humanizado?
- Durante a hospitalização quais informações você fornece ao paciente? Você acha que são suficientes?
As informações prestadas são sigilosas?
Quais os meios de comunicação disponíveis ao paciente?
- Quais os tipos de internação aos quais seus pacientes podem ser submetidos? Quais são essas diferenças?
- Qual o papel do médico no processo de internação?
E do Ministério Público?
E o seu papel?
- Você conhece os direitos de seus pacientes?
Que direitos você acha que eles têm?
Você acha que neste momento esses direitos são respeitados?
Por que são? Por que não são?

Anexo

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 270/2009

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 124ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de dezembro de 2009.

Protocolo: nº 1065/2009

Projeto: A APLICABILIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA.

Pesquisadores: Carla Aparecida Arena Ventura
Emanuele Seicenti de Brito

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Carla Aparecida Arena Ventura

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

*“Navega,
descobre tesouros, mas não os tires do fundo do mar, o lugar deles é lá.
Admira a Lua,
sonha com ela, mas não queiras trazê-la para Terra.
Goza a luz do Sol,
deixa-te acariciar por ele. O calor é para todos.
Sonha com as estrelas,
apenas sonha, elas só podem brilhar no céu.
Não tentes deter o vento,
ele precisa correr por toda a parte, ele tem pressa de chegar sabe-se lá onde.
As lágrimas?
Não as seques, elas precisam correr na minha, na tua, em todas as faces.
O sorriso!
Esse deves segurar, não o deixes ir embora, agarra-o!
Quem amas?
Guarda dentro de um porta jóias, tranca, perde a chave! Quem amas é a maior jóia que possuis,
a mais valiosa.
Não importa se a estação do ano muda,
se o século vira, conserva a vontade de viver, não se chega a parte alguma sem ela.
Abre todas as janelas que encontrares e as portas também.
Persegue o sonho, mas não o deixes viver sozinho. Alimenta a tua alma com amor, cura as tuas feridas com
carinho.
Descobre-te todos os dias,
deixa-te levar pelas tuas vontades, mas não enlouqueças por elas.
Procura!
Procura sempre o fim de uma história, seja ela qual for.
Dá um sorriso àqueles que esqueceram como se faz isso.
Olha para o lado, há alguém que precisa de ti. Abastece o teu coração de fé, não a percas nunca.
Mergulha de cabeça nos teus desejos e satisfá-los.
Agoniza de dor por um amigo, só sairás dessa agonia se conseguires tirá-lo também.
Procura os teus caminhos, mas não magoes ninguém nessa procura.
Arrepende-te, volta atrás, pede perdão!
Não te acostumes com o que não te faz feliz, revolta-te quando julgares necessário.
Enche o teu coração de esperança, mas não deixes que ele se afogue nela.
Se achares que precisas de voltar atrás, volta!
Se perceberes que precisas seguir, segue!
Se estiver tudo errado, começa novamente.
Se estiver tudo certo, continua.
Se sentires saudades, mata-as.
Se perderes um amor, não te percas!
Se o achares, segura-o!
Circunda-te de rosas, ama, bebe e cala.
O mais é nada”*

(Fernando Pessoa)