

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**SAÚDE MENTAL: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS NO
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO-SP**

Camila Alves Valdevino
Jaqueline Ferreira dos Santos
Juliana Santos Nespoli

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**SAÚDE MENTAL: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS NO
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO-SP**

Camila Alves Valdevino
Jaqueline Ferreira dos Santos
Juliana Santos Nespoli

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Márcia Heloísa de Oliveira.

Presidente Prudente/SP
Ano 2010

SAÚDE MENTAL: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO-SP

Trabalho de Curso aprovado como
requisito parcial para obtenção do Grau
de Bacharel em Serviço Social

Professora Márcia Heloísa de Oliveira
Orientadora

Professora Luci Martins Barbatto Volpato

Fabiana de Oliveira Guimaro

Presidente Prudente/ SP, Outubro de 2010.

“Eles Dizem que é impossível encontrar o amor sem perder a razão, mas pra quem tem o pensamento forte o impossível é só questão de opinião. E disso os loucos sabem...”

(Alexandre Magno Abrão)

Dedicamos este trabalho aos portadores de transtorno mental e a todos os profissionais da área da saúde do município de Presidente Epitácio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me enviado a dois anjos que simplesmente me ensinaram amar a vida e vivê-la. Esses dois anjos chamados Pai e Mãe merecem mais que agradecimentos e sim reconhecimento como principais atores que fizeram dificuldades em vitórias.

Nesta jornada também reconheci pessoas que com um gesto de carinho me fizeram forte, meus familiares e meus amigos que o nome aqui não serão citados, mas no coração jamais esquecidos. Agradeço meu namorado, pois é ele que por momentos e atos de amor e companheirismo fez que meus dias de angústias fossem esquecidos.

Sou muito grata a equipe da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do município na qual abriram as portas para que eu pudesse adquirir conhecimento, a secretária Fabiana Canejo por sempre ter entendido a importância da pesquisa.

Este trabalho não seria possível se não fosse Jaqueline e Juliana que são mais do que grupo de TC, são amigas que apesar dos desacertos “coisa de monografia” fizeram desta pesquisa algo que com certeza um dia trará avanços para as pessoas que dos serviços de Saúde Mental necessitar. Agradeço a Professora Márcia Heloisa que nos orientou e nos deu suporte, a Professora Luci que aceitou nosso convite como, também profissionais da UBS de Presidente Epitácio que aceitou nos receber, em especial a assistente social Fabiana Guimaro por ter contribuído e muito.

Aos familiares dos portadores de transtorno mental só tenho que agradecer, pois vocês junto com os portadores foram à base da nossa pesquisa, devemos isso a vocês, muito obrigada pela acolhida e confiança que dedicaram ao grupo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de primeiramente de agradecer a Deus, pois só Ele sabe o quanto eu corri, e o que eu fiz pra chegar aqui.

E neste caminho que eu percorri contei com a ajuda de pessoas que são tudo na minha vida, são exemplo de dedicação, ética, respeito e paciência, os meus pais Jair e Joselita merecem todo o meu agradecimento. Nunca se esqueçam que eu amo muito vocês.

Agradeço também as minhas irmãs Thais e Thamires que acima de tudo são as amigas que eu escolhi para fazerem parte da minha história. Aos meus primos pelos momentos de alegrias únicos e eternos na minha memória, destaco a Isabelle por sempre estar do meu lado e me passar confiança para continuar minha jornada. Obrigada gurias por estarem presentes em todos os momentos que eu vivi e nas pequenas coisas que eu passei, amo vocês.

Agradeço as minhas amigas Camila e Juliana que sem elas eu não conseguiria concluir mais essa etapa. A Kawana porque sem você eu não estaria aqui. Vocês podem ter certeza de que eu nunca as esquecerei.

A todas aquelas pessoas que contribuíram com o meu processo de aprendizagem os professores, a supervisora de TC e a banca, e as supervisoras de estágio que foram à imagem real do profissional, obrigada por fazerem parte dessa conquista.

E por fim, mas não menos importante, agradeço de coração aos amigos que viajaram comigo no ônibus e me agüentaram todo esse tempo, pode ter certeza que vocês foram de extrema importância para minha caminhada.

Obrigada por fazerem parte da minha vida e torná-la unicamente incrível.

JAQUELINE

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois o que seria de mim sem a fé que tenho Nele, que me deu forças para que chegasse até aqui, me mostrou a hora e o momento certo, e iluminou o meu caminho para seguir esta caminhada.

Agradeço a minha família, aos meus pais Cida e Osmar, que foram minha base e meu suporte, foram o incentivo para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida, as minhas irmãs Bianca e Lorena, que em todos os momentos estiveram presentes e ao meu lado me apoiando, e em meus momentos difíceis e ausentes souberam me entender, sem vocês não seria o que hoje sou.

Ao meu namorado Diego, pessoa que tanto amo, que de forma carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nas dificuldades, por estar sempre ao meu lado, agradeço pela compreensão nos momentos de ausência, nervosismo e ansiedade, que não mediu esforços para me ajudar.

As minhas amigas de grupo, Camila e Jaqueline, que contribuíram para a realização deste trabalho, e juntas pudemos conquistar esse objetivo.

As amigas de curso, de faculdade, de ônibus, companheiras de todas as horas, em especial a Carol que durante esse processo esteve sempre presente, a Mariana, que mais que uma amiga é uma irmã, e sempre pude contar, a Ana Carolina, a Dani, a Gabi, a Camila e a Amanda, com vocês a viagem de todos os dias eram festas, obrigada pela convivência e amizade.

Agradeço a todos aqueles que puderam de alguma forma contribuir com o processo de aprendizagem, aos professores, a supervisora de TC Márcia Heloísa, a banca, as supervisoras de estágio, e todos que direta ou indiretamente acreditaram e me incentivaram a correr atrás dos meus ideais.

JULIANA

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apontar a importância da Efetivação dos Direitos dos Pacientes na Área de Saúde Mental no Município de Presidente Epitácio e a atuação do Serviço Social. A partir da pesquisa notou-se que essa demanda é tida com descaso no município e que os profissionais assentem a falta de estrutura para os atendimentos, no que diz respeito aos pacientes e a seus familiares. Já que não há clareza sobre o tratamento e a doença. Assim, neste trabalho foram usadas pesquisas bibliográficas, análise de fontes secundárias e realização de entrevista semi-estruturada com profissionais que atuam na demanda e com as famílias dos portadores de transtorno mental. Justifica-se que a implantação do CAPS no município é indispensável para que o Assistente Social tenha seu espaço e contribuição profissional, além de trazer para os Portadores de Transtorno Mental um salto significativo na qualidade do atendimento dirigido aos necessitados, dessa forma a estrutura adequada para que seja realizado o trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde mental. Efetivação dos direitos. CAPS. Serviço Social.

ABSTRACT

This paper aims to highlight the importance of Enforcement of the Right of Patients at Area Mental Health in the Municipality of Presidente Epitacio and the performance of social services. From the research it was noted that this demand is regarded with contempt in the county and that the professionals are based lack of infrastructure for emergency care, with regard to patients and their families. Since there is no clarity about the treatment and disease. Thus, this study used literature searches, analysis of secondary sources and conducting semi-structured interviews with professionals who work in demand and with the families of the mentally disturbed. It is appropriate for the implementation of CAPS in the city is essential if the social worker has his space and professional contribution, besides bringing to the Mental Disorder Patients with a significant jump in quality of care directed to the needy, so that the appropriate structure for that is accomplished the work of professionals.

KeyWords: Mental health. Effective rights. CAPS. Social Service.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

TABELA 1 – Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental	41
TABELA 2 – Renda familiar expressa em salário mínimo	44
TABELA 3 – Posto de atendimento da saúde	46
TABELA 4 – Recursos humanos	49

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Renda familiar expressa em salário mínimo	45
GRÁFICO 2 – Idade dos pacientes	53
GRÁFICO 3 – Escolaridade	54

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social

COI – Centros de Orientação Infantil

COJ – Centros de Orientação Juvenil

CONASP – Conselho Nacional de Segurança Pública

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTM – Portador de Transtorno Mental

REME - Movimento de Renovação Médica

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONCEITUANDO SAÚDE MENTAL	14
2.1 Classificações das Deficiências Mentais	14
2.1.2 Visões históricas da saúde mental	17
2.1.3 A trajetória da saúde mental no Brasil.....	18
2.1.4 As influências higienistas das décadas de 20 e 30 no Brasil	19
2.1.5 O assistencialismo das décadas de 40 e 50	20
2.1.6 A massificação da assistência psiquiátrica.....	21
2.2 Mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil	22
2.3 Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica	23
3 CAPS UMA POLÍTICA DE DIREITOS	23
3.1 Conceituando Política Social.....	31
3.2 A Saúde Mental Enquanto Direito	33
3.3 A Descentralização do Atendimento na Perspectiva do Caps.....	36
3.4 O Caps Enquanto Espaço de Afirmação de Direitos.....	38
4 A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO	43
4.1 Caracterizando o Município.....	43
4.2 Análise do Atendimento de Transtorno Mental no Município	45
4.2.1 Perfil dos portadores de transtorno mental no município	50
4.2.2 A visão do portador e de sua família frente ao transtorno mental	54
4.3 O Serviço Social: Uma Contribuição no Enfrentamento das Necessidades do Portador de Transtorno Mental.....	56
5 CONCLUSÃO	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema Saúde Mental: a busca pela efetivação dos direitos do portador de transtorno mental no município de Presidente Epitácio. O interesse pelo tema foi à falta de uma estrutura e de um atendimento qualificado no município devido ao grande número de pessoas portadoras de transtorno mental. Este trabalho permite focalizar as políticas de saúde mental no âmbito das políticas sociais e dos direitos sociais.

Fundamentados nesta questão, busca-se contextualizar a forma dos usuários pelo serviço de saúde mental no município, pensar na doença, o tratamento e as expectativas dos que necessitam do atendimento.

O transtorno mental doença, assim, caracterizada por envolver a psicologia, a psiquiatria e a neurologia a quem aponte qualquer anormalidade, como sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental.

O trabalho esta dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro a introdução.

No segundo capítulo, apresenta-se o conceito de saúde mental, o processo histórico, de como essa enfermidade foi vista no decorrer da história, até a década de 90.

Os aspectos da política de atendimento ao portador de transtorno mental (PTM), o processo de descentralização e municipalização, a efetivação dos direitos, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas portadoras de transtorno mental e a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - como direitos sociais. São abordados no terceiro capítulo.

Ainda, no terceiro capítulo, explana como o município de Presidente Epitácio atende as pessoas portadoras de transtorno mental, sua proposta de efetivação de direitos e das políticas sociais junto ao CAPS. Presidente Epitácio caracterizado como um município de pequeno porte possui uma população estimada de 40.000 habitantes, segundo o último censo do IBGE.

A sua população local que sofre de transtorno mental aparece numa média de 600 casos/ano, o que é considerado alto para um município desse porte, e

que mesmo com esse número elevado de casos não oferece atendimento qualificado à demanda, o que será discutido no quarto capítulo.

Ainda neste capítulo apresenta-se o perfil dos portadores de transtorno mental, definindo a Esquizofrenia Paranoide e os Outros Episódios Depressivos, trazendo para melhor entendimento das falas dos entrevistados - tanto profissionais da área da saúde quanto os familiares dos portadores de transtornos mentais - sobre o que diz respeito ao atendimento que é oferecido pela rede de Saúde Mental Municipal.

E por fim mostra-se como deve ser a atuação do Assistente Social dentro da Política de Saúde Mental, na busca por sua efetivação e na garantia dos direitos.

2 CONCEITUANDO SAÚDE MENTAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (s.d.; s.p.) afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Saúde mental é um termo utilizado para delinear a condição da qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode abranger a disposição de um indivíduo de contemplar a vida e buscar um balanceamento entre as agilidades e os empenhos para alcançar a resiliência psicológica.

A saúde mental é uma expansão das analogias entre indivíduos e grupos, embora essa extensão "diferente" se aprofunda no corpo de cada um dos indivíduos envolvidos nestes relacionamentos, através de diversas manifestações (sintomas) e estados (síndromes).

Os transtornos mentais são um campo interdisciplinar que envolve áreas como a psicologia, psiquiatria, neurologia, e filosofia para a investigação de seu funcionamento. Entende-se por transtorno, distúrbio, doença mental, ou ainda, transtorno psíquico, toda e qualquer "anormalidade", dor física ou dano que se enquadre na categoria psicológica e/ou mental.

2.1 Classificações das Deficiências Mentais

Freud (1917; s.p) foi o primeiro a oferecer um modelo de interesse pelo desenvolvimento dos transtornos mentais. De acordo com ele essas alterações são originárias de tensões advindas do interior e, que são inconsciente mal resolvidas, pois pode ser fruto do desenvolvimento das vontades (talvez) não atendidas das crianças e que quando se tornam adultas podem fazer determinadas experiências traumáticas, o que desencadeiam os distúrbios mentais.

Em meio às normas de classificação dos transtornos mentais o de Karl Jaspers (1913; s.p) se destaca - pela sua estima histórica - em um espaço de peso. Esses princípios contêm três partes, caracterizando uma tríade de transtornos mentais:

1. Doenças somáticas conhecidas que trazem consigo um transtorno psíquico, em seus subtipos: Doenças cerebrais; Doenças corporais com

psicoses sintomáticas (ex. infecções, doenças endócrinas, etc.); Envenenamentos/Intoxicações (Álcool, morfina, cocaína etc.).

2. Os três grandes tipos de psicoses endógenas (ou seja, transtornos psíquicos cuja causa corporal ainda é desconhecida): Epilepsia genuína; Esquizofrenia, em seus diferentes tipos; Distúrbios maniaco-depressivos.

3. Psicopatias: Reações autônomas anormais não explicáveis por meio de doenças dos grupos 1 e 2 acima; Neuroses e síndromes neuróticas; Personalidades anormais e seu desenvolvimento.

Dois termos desempenham assim um papel preponderante: neurose designa os "transtornos mentais que não afetam o ser humano em si", ou seja aqueles supostamente sem base orgânica nos quais o paciente possui consciência e uma percepção clara da realidade e em geral não confunde sua experiência patológica e subjetiva com a realidade exterior; psicose, por sua vez, são "aqueles transtornos mentais que afetam o ser humano como um todo", ou seja um transtorno na qual o prejuízo das funções psíquicas atingiu um nível tão acentuado que a consciência, o contato com a realidade ou a capacidade de corresponder às exigências da vida se tornam extremamente diferenciadas, e por vezes perturbadas, e para a qual se conhece ou se supõe uma causa corporal.

Os transtornos mentais são fenômenos extremamente complicados, tanto em sua constituição como em sua manifestação. O modelo bio-psico-social busca fazer jus a essa complexidade procurando considerar a gênese e o desenvolvimento dos transtornos mentais sob diversos pontos de vista, de acordo com os diferentes fatores que os influenciam, fatores esses que podem ser biológicos, psicológicos e socioculturais.

Mesmo com os avanços no conhecimento dos transtornos mentais, ainda hoje pouco se sabe sobre os mecanismos de funcionamento dos fatores genéticos no que diz respeito a sua influência.

Para o desenvolvimento dos transtornos mentais são importantes, especialmente três sistemas do corpo humano: o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunológico.

As funções cognitivas como a memória, a atenção, a concentração, entre outros, ligam-se aos distúrbios mais importantes que tem relação com o controle das emoções e do estresse.

A regulação hormonal representa também uma considerável importância no progresso dos transtornos mentais, e não somente nos transtornos psicossomáticos.

Robert J. Havighurst (1982; s.p) propõe, com seu conceito de tarefas do desenvolvimento (developmental tasks), uma visão abrangente do

desenvolvimento humano que envolve toda a sua vida. Caso a pessoa passe por uma situação extremamente tensa isso pode provocar ou pelo menos facilitar o aparecimento de um transtorno mental.

Fatores vulnerabilizantes são aqueles que provocam a vulnerabilidade da pessoa, ou seja, uma maior probabilidade de ela apresentar um transtorno mental. A vulnerabilidade pode ser pessoal, com uma maior influência dos fatores biológicos, ou ambiental, com maior influência de fatores sócio-econômicos e do meio ambiente. As diferentes vulnerabilidades podem ter um valor mais ou menos relativo conforme sejam mais ou menos estáveis - geneticamente determinadas ou ligadas a determinadas condições externas; relacionadas a determinadas fases da vida (ver abaixo, ex. puberdade) ou à situação geral da pessoa (ex. pobreza), etc.

Paralelamente aos fatores vulnerabilizantes há os chamados fatores protetivos, ou seja, aqueles que agem contra as condições estressantes, "fortalecendo" o indivíduo contra os transtornos mentais. Há dois tipos de tais fatores: os fatores de resiliência, que são as características pessoais e as competências que dão a uma pessoa a capacidade de se adaptar adequadamente a situações ruins ou mesmo ameaçadoras para o seu bem estar; e os fatores de apoio social, que se referem sobretudo ao meio ambiente e à rede social da pessoa.

Segundo Tseng (2001; s.p) o meio cultural sujeita a existencia de seis modelos determinantes sobre os transtornos mentais:

1. Efeito patogênico: Fatores culturais podem ser a origem explícita ou imediata de um transtorno mental. Exemplos são distúrbios frutos da quebra de um tabu ou o não cumprimento de uma expectativa social, como o suicídio de alunos que não são aprovados em exames de admissão típico de algumas culturas do extremo oriente.
2. Efeito pato-seletivo: cada cultura vê alguns comportamentos patológicos como mais ou menos aceitáveis, de acordo com suas próprias normas. Assim em algumas culturas certos comportamentos patológicos, como a agressividade ou o suicídio, são mais aceitos do que em outras.
3. Efeito pato-plástico: a cultura determina a forma de expressão de determinados transtornos, por exemplo o conteúdo das alucinações, determinados tipos de obsessões e fobias. Além disso alguns transtornos têm sintomas diferentes em diferentes culturas, como no caso da depressão: na Ásia faltam os sentimentos de culpa típicos da depressão na Europa.
4. Efeito pato-facilitante: determinados fatores culturais, como a permissividade o até mesmo a exigência de determinados tipos de comportamento que podem tornar-se patológicos, podem aumentar a frequência de determinados transtornos e na população. Assim culturas em que o álcool é mais aceito e em que bebedeiras fazem parte de determinadas circunstâncias sociais tendem a ter um maior número de casos de abuso e dependência desse tipo de substância.
5. Efeito pato-reativo: a cultura determina além disso a reação das pessoas a determinados tipos de doença. Essa é uma possível explicação para o fato de a esquizofrenia ter uma prognose mais positiva nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados.
6. Idioma de estresse (Idioms of distress): cada cultura possui um "idioma" próprio para expressar seus estresses, tensões e problemas psíquicos. A esse fato estão relacionados as "síndromes ligadas à cultura" (culture bound syndromes), ou seja, determinados quadros clínicos que há apenas em determinados círculos culturais - como por exemplo as reações psicóticas

ao Chi Kung, que há apenas na China, e a bulimia, típica da cultura ocidental.

2.1.2 Visões históricas da saúde mental

Segundo Seixas (2009), durante todo período da Antiguidade e da Idade Média a doença mental era uma questão amplamente privada, fundamentalmente tratada pelos costumes, o poder público só interferido em assuntos de direito.

Com o término do século XVIII, com as idéias do Iluminismo¹, os princípios da Revolução Francesa, a declaração dos direitos humanos nos Estados Unidos, testemunharam a ascensão do movimento de denúncias contra internações arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em mistura com toda espécie humana de marginalizados sociais e as torturas, dissimuladas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas.

Mota (2009) diz que em 1857, a ideologia predominante era o positivismo, marcado por ideais de modernidade, ordem, racionalidade e progresso. Os psiquiatras confirmavam que as doenças mentais não somente tinham elementos biológicos e genéticos, e, além disso, a tendência era piorar na medida em que eram conduzidas de geração para geração, trazendo a decomposição progressiva das árvores genealógicas e da população no geral. Para eles, a decomposição era mais que uma doença individual: tratava-se de um prenúncio social. A imagem de degeneração principiou a excitação das políticas sociais como destruição, eutanásia e perseguição de indivíduos “degenerados”.

Com o passar dos anos como traz Zilbreman (2009), a influência da higiene mental era de total importância. Pois adicionava a noção de uma raiz social da loucura à idéia já existente de que teria um embasamento hereditário para a

¹ Iluminismo é um conceito que sintetiza diversas tradições filosóficas, sociais, políticas, correntes intelectuais e atitudes religiosas. O uso do termo Iluminismo na forma singular justifica-se, a ênfase nas idéias de progresso e perfectibilidade humana, assim como a defesa do conhecimento racional como meio para superação de preconceitos e ideologias tradicionais. O Iluminismo é uma atitude geral de pensamento e de ação. Os iluministas admitiam que os seres humanos estivessem em condição de tornar este mundo um mundo melhor - mediante introspecção, livre exercício das capacidades humanas e do engajamento político-social. (Fonte: Wikipédia)

doença mental. O alcoolismo, a miséria, a ignorância e a religiosidade extremas se tornaram presumíveis razões para a loucura.

Zilbreman (2009), ainda discute que a literatura particularizada sobre o movimento de higiene mental indica precedentes no higienismo acompanhante à medida social do século XIX. A mudança sugere um claro destroncamento do campo de exercícios profissionais do tratamento moral psiquiátrico para fora do asilo.

2.1.3 A trajetória da saúde mental no Brasil

Para Bezerra Junior (1987), existe a indiscutível evidência de que a história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é um registro de desencontros, devido à manifestação de diversos interesses dos múltiplos grupos no poder.

O caminho do doente mental pela história do Brasil colônia pouco se difere das outras, pois segundo Bezerra Junior (1987), a tendência histórica universal, os loucos pobres, desde que pacíficos, se tolerava andar pelas cidades, subordinado as brincadeiras das crianças, vivendo de caridade pública, no caso de ostentarem conduta violenta ou atitude obscena, era encarcerado as cadeias, onde podiam ou não receber maus tratos.

As famílias mais abastadas ocultavam em casa seus doentes e se caso fossem violentos ou agitados eram contidos ou amarrados.

As santas casas de misericórdia incluem-nos entre seus hospedes, mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção de troncos, condenando-os literalmente a morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. (BEZERRA JUNIOR, 1987 p. 35).

Ainda no que descreve Bezerra Junior (1987), em 1852 foi implantado, pelo próprio imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro, tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas do império inteiro. No dia da inauguração, abrigava já 144 doentes, número esse que

aumentou ligeiramente até alcançar a lotação completa pouco mais de um ano depois.

Seguindo o exemplo do Rio de Janeiro seguiram-se construções, nos anos e décadas seguintes, de instituições em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará. Para Bezerra Junior (1987), foi a urgência que a circunstância estabelecia não tolerava que se aguardasse por hospícios definitivos, recorrendo-se a instalações provisórias, isso era metade do caminho entre as internações nos porões das Santas Casas e as celas das prisões.

Bezerra Junior (1987), delineia que as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça a ordem e a paz social, em resposta as reclamações gerais da população contra o livre “trânsito” de doidos pelas ruas das cidades, acrescentam-se as solicitações de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que suportavam os insanos.

Diante de tudo isso se pode nota-se que o período posterior a proclamação da República foi um marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, e ao mesmo tempo a laicização do asilo, a ascensão das instituições e o papel de porta-vozes legítimos do Estado, assumiram a si atribuição da assistência ao doente mental, dando a devida importância que a situação exigia.

2.1.4 As influências higienistas das décadas de 20 e 30 no Brasil

Como era de se esperar, a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer; a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes era meros paliativos e as demandas por mais verbas e mais leitos a tônica dos relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas. (BEZERRA JUNIOR, 1987 p. 52).

Segundo Rosa (2003), a inovação na área psiquiátrica veio com a criação de colônias agrícolas, onde tinham em seus ideários que o trabalho influenciaria no começo, no meio e no fim do tratamento. Esta idéia se estendeu para higiene e profilaxia mental, que seria o novo agente de tratamento de doença mental.

Neste contexto em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM. Essa nova perspectiva tinha suas bases ideárias nas explicações germânicas, que defendiam as causas de doença mental na genética.

A LBHM impulsiona o movimento de higiene mental e profilático do país. Evidentemente, a LBHM congregava várias e diferentes vertentes, que disputavam hegemonia em seu interior e, no decorrer histórico mudaram sua orientação. A princípio, propunham-se a melhorar os serviços psiquiátricos e capacitar recursos humanos. Ou seja, atuava sobre os doentes. Depois, mudou seu objetivo de ação para a prevenção em saúde mental, alterando seu alvo para a população considerada sadia, num explícito trabalho pedagógico, moralizador e normalizador das massas. Sua ação concentrou-se em campanhas higiênicas, tendo por alvo principalmente os alcoolistas. (ROSA, 2003 p. 92).

As ações da LBHM ganharam força a partir da Revolução de 1930, o que para Rosa (2003) foi um marco da institucionalização do sistema de proteção social brasileira.

Rosa (2003) descreve que a Constituição de 1934 reforça os direitos conquistados até aquele momento e é a primeira carta a congregar um capítulo designado a ordem econômica e social, reconhecendo os direitos sociais.

Ainda em 1934, sob entusiasmo do movimento de higiene mental é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.

Com este decreto, reforça-se o poder do psiquiatra na direção dos serviços de saúde e a intenção psiquiátrica como principal meio de tratamento. O artigo 26 suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do “doente mental”; “os psicopatas, assim declarados por perícia médica processava de forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida social”. O decreto prevê, ainda, a possibilidade de assistência domiciliar ou heterofamiliar. (ROSA, 2003, p. 96).

2.1.5 O assistencialismo das décadas de 40 e 50

Segundo Vasconcelos (2000), a década de 40, o que mais chamou a atenção em relação aos doentes mentais foi à promulgação do Código Penal de 1942, pois regularizou o costume que tinha a Medida de Segurança aplicativa ao doente mental como criminoso de acordo com a gravidade do delito.

Ainda segundo Vasconcelos (2000), na época defendia-se que não era uma punição, mas de uma medida que tinha em vista a reabilitação do doente para que retornasse ao meio social. No entanto, o que se viu na maioria das vezes foi às penas efetivamente cumpridas nas prisões. Neste sentido, os doentes eram trancafiados em um manicômio, como maneira de preservar a sociedade do perigo que representavam, mas não considerava sua condição enquanto indivíduos portadores de uma patologia. A situação dos hospitais públicos era caótica, esses locais eram incapazes de abrigar descentemente seus pacientes e muito menos curá-los.

Bezerra Junior (1987) traz que mesmo iniciante a atenção psiquiátrica só será incorporada como especialidade da prática de saúde da previdência social na década de 50, pois necessitava dar provas de sua eficiência.

A referida caótica condição dos hospitais públicos era consequência direta do papel que a sociedade atribuirá à psiquiatria nos dois períodos precedentes e sobre os quais já se comentou. Diga-se ainda, em socorro da instituição psiquiátrica daquele período, que as drogas anti-psicóticas, responsáveis, pelo menos em parte, por grandes transformações na atmosfera dos asilos, só faria sua aparição no mercado em 1955. (BEZERRA JUNIOR, 1987 p. 58).

2.1.6 A massificação da assistência psiquiátrica

José Augusto Bisneto (2007) diz que durante o período militar - década de 60 - a respectiva e insuficiente visibilidade social dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos e o entusiasmo de experiência internacional, permitiram a concepção no resto do país de diferentes comunidades terapêuticas dentro de hospitais psiquiátricos, que foram de militância técnica-política alternativos.

Ainda segundo José Augusto Bisneto (2007), o movimento militar de 1964 transformou intensamente o procedimento político que até então se desenvolvia no país. O Ministério da Saúde ficou cada vez mais designado da saúde preventiva e coletiva, enquanto o Ministério da Previdência focava sua ação para a saúde curativa, individual.

Os hospitais psiquiátricos da rede privada convencionada sobressaem na assistência, fazendo uma comparação aos hospitais da rede pública, numa específica dinamização do desempenho produtivo da psiquiatria pelo fortalecimento do abstruso médico - assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, que sustentou a “indústria da loucura”, sofrendo, então diversas obstinações e acusações. O doente mental torna-se produto e se vê convertido em fonte de renda.

Segundo Vasconcelos (2000), o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente reservada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se desdobrou a cobertura a massa de trabalhadores e seus dependentes.

A construção de legitimidade desse estado insinua a utilização da oferta de serviços sociais, especialmente na área da saúde, pela crescente inclusão de novos grupos na utilização de serviços e benefícios.

Dadas as já citadas duvidosas qualidades dos hospitais da rede pública, que continuaram privados aos indivíduos sem vínculos com a previdência e a inegável ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, segundo Vasconcelos (2000) optaram-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que surgiram ligeiramente para atender a demanda.

2.2 Mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil

Pereira (2002) diz que apesar do regime autoritário na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAMPS de 1973, determinando, o acréscimo do número de profissionais nos hospitais, incluindo os assistentes sociais.

Ainda no que diz Pereira (2002) em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, principia um intenso processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes da época. Uma característica acentuada do movimento nesse período estava no fato de ele ser totalmente externo ao aparelho do Estado, em mobilização aberta a opinião tanto pública quanto a da imprensa.

Segundo Pereira (2002), foi em 1980 que o MTSM planejou processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e, organizou o “terreno” para o lançamento do plano CONASP em 1982-1983, que permitiu a implementação a longo prazo em todo país do modelo sanitário das chamadas “Ações Integradas de Saúde”.

A emergência na luta Antimanicomial a partir de 1987 e a crescente preeminência de suas teses no interior do movimento mais universal pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que segundo Pereira (2002) ocasionaram no surgimento do primeiro CAPS na metrópole São Paulo, e o começo de um procedimento de intervenção, da Secretaria Municipal de Saúde em hospitais psiquiátricos - locais onde ocorriam desde maus-tratos até mortes de pacientes - evidenciou de forma inconfundível a possibilidade de construção de uma organização de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Macedo (2007) destaca que juntamente com a Constituição de 1988, foi instituído o SUS – Sistema Único de Saúde, desenvolvido pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o comando do domínio social, desempenhado por meio dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. O SUS foi criado para que toda a população brasileira tenha acesso à saúde.

Para Macedo (2007) o grande marco em 1989 foi o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, sugerindo a diminuição e a transferência gradativa dos serviços do tipo manicomial. Esse projeto propunha uma transformação radical no sistema: a partir de sua aprovação seriam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos e toda a rede de hospitais do mesmo porte seria eliminada em cinco anos. Além disso, o projeto sugeria tratamentos alternativos e o intermédio de uma autoridade judiciária que deliberasse ou não pela internação do paciente caso isso fosse solicitado pelo mesmo.

2.3 Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica

A construção de pensamentos que iam contra a dominação da Previdência Social e sua política de “compra e venda” da medicina rendeu um

movimento social composto pelos críticos da saúde, a esse movimento foi denominado de Reforma Sanitária.

Será necessário conhecer suas origens para que se possam entender as estratégias de mudanças até então propostas.

Segundo Teixeira (1995) o movimento sanitário remota das faculdades de medicina que no período da ditadura militar criaram Departamento de Medicina Preventiva, que incorporaram em seu método tanto estrutural quanto histórico, as disciplinas sociais, para compreender os processos de determinações da doença e como poderia ser organizada a prática médica.

Mesmo dentro do âmbito universitário foram criadas alternativas à prática dominante nos serviços de saúde, através do desenvolvimento de projetos experimentais em regiões mais pobres, por meio de convênios das Secretarias de Saúde com organismos internacionais. Todos esses projetos caracterizaram-se pelo seu caráter experimental e localizado, sempre permanecendo à margem do sistema de saúde onde predominava a política de privatização já referida. No entanto, foi através deles que o Movimento Sanitário pôde experimentar na prática uma política alternativa para o setor saúde, na qual se buscava desenvolver um sistema mais racional e adequado tanto ao quadro nosológico existente como os recursos disponíveis no país. (TEIXEIRA, 1995 p. 205)

Teixeira (1995) diz que a partir dos primeiros sinais de esgotamento do modelo econômico dos governos militares a sociedade passou a viver um clima de crescente mobilização e organização na luta pela redemocratização. E o setor dos médicos foi o primeiro a convocar uma greve geral que reivindicava um aparelho de saúde mais democrático, e com melhores condições de atendimento da população; condições ideais de trabalho e remuneração profissional adequada.

Segundo Teixeira (1995), baseado em sua vertente político-ideológica, o Movimento Sanitário procurou - a partir de seu entusiasmo com a experiência italiana - organismos competentes para distribuir uma rede organizadora e canalizadora das diversas manifestações de oposição a política de saúde.

Neste sentido, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, para difundir uma proposta que fosse inserida na luta pela democratização dos sistemas de saúde do país. Através de associações com o CEBES foram realizadas publicações em revistas com mesma linha editorial, promoções de eventos, conferências e simpósios que discutiam a política de saúde.

Teixeira (1995) ainda diz que o Movimento Sanitário para alcançar um nível além do ideológico buscou através de suas propostas de reestruturação do

aparelho de saúde adquirir um estilo mais pragmático. O Movimento Sanitário não possuía o apoio da população que por sua vez não se organizava para participar de discussões políticas. Sendo assim, o Movimento Sanitário que nunca desistia de suas estratégias de politização da saúde, cada vez mais tomava os espaços políticos que estavam disponíveis.

Segundo Teixeira (1995), no início dos anos 80, quando se evidenciou a crise financeira da Previdência Social e, no interior dela, a crise do modelo privatizante do setor saúde, o Movimento Sanitário foi o único grupo capaz de oferecer uma alternativa concreta para formulação do sistema de saúde.

Durante os anos anteriores, o Movimento Sanitário havia pouco a pouco construído essa condição, consolidando um projeto técnico-político claramente formulado em torno de um conjunto de diretrizes de atenção a saúde. Concomitantemente, fora tecida uma complexa teia de relações políticas que, embora estivesse situada externamente ao órgão principal na condução da política de saúde, a Previdência Social, cada vez mais dava mostras de que não poderia continuar por muito tempo a ser desconsiderada no processo de formulação e implementação dessa política. (TEIXEIRA, 1995 p. 207)

Assim Teixeira (1995) diz que para exercer altos postos daquela instituição foram chamados alguns intelectuais desse movimento, para que pudessem resolver o empecilho enfrentado pela política de saúde.

Segundo Gerschman (1995) a partir de então, a burocracia da Previdência Social, deslocou seu eixo de ator político e passou a condição de arena política trazendo para seu interior o principal órgão responsável pela atenção a saúde.

Ainda segundo Gerschman (1995) foi em 1987 que houve um deslocamento na Reforma Sanitária para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e que atravessou grandes empecilhos para implantação da política de saúde, pois se viu no centro da discussão do papel do Estado no processo de construção da democracia cidadã.

A necessidade do processo de implantação da Reforma Sanitária levou à discussão teórica a respeito dos processos de formulação e implementação de políticas sociais. As dificuldades de regimes de democratização parcial prosperarem e se instalarem, estão estreitamente vinculados ao encaminhamento das inovações políticas no campo das políticas sociais. (Gerschman, 1995 p. 64)

Amarante (2001) descreve que nesta década os movimentos populares em saúde já tinham forma e se originaram de associações de moradores e bairros em alguns locais do país. Estes movimentos se estenderam e ganharam espaço tanto em âmbito estadual quanto federal, denominado assim após sucessivos encontros de movimento popular em saúde.

Para Amarante (2001) o papel dos movimentos sociais em saúde possibilitou identificar, as adequações, proximidades e distanciamentos entre os diversos enfoques teóricos e o desenvolvimento da atuação política doam atores nela privilegiados.

É principalmente a partir destas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violência, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-psicológico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É neste momento, efetivamente, que começa a se construir em nosso meio pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. (AMARANTE, 2001 p. 90).

Seguindo o pensamento de Amarante (2001), nota-se que o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil advém do aparecimento do Movimento Sanitário, nos anos 70, por ser a favor das mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na doação dos serviços, e pioneirismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Dando seqüência no que diz Amarante (2001), embora “pertencente” a Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta uma narrativa própria, que foi fundada na crise do padrão de assistência médica que era situado no hospital psiquiátrico, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

Amarante (2001) destaca que o processo político e social era complexo, e composto de atores, estabelecimentos e entusiasmos de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nas diferentes esferas do governo federal, estadual e municipal, nas instituições de ensino superior, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas assembléias de pessoas portadoras de transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos espaços sociais e da opinião pública. Compreendida como um anexo de

alterações das práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida dos estabelecimentos, dos aparelhos e das inclusões interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançava, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Diante disso Amarante (2001) diz que o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a “Crise da DINSAM” que era uma Divisão Nacional de Saúde Mental, localizada na cidade do Rio de Janeiro, era um órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.

Segundo José Augusto Bisneto (2002) a crise é deflagrada a partir da denuncia realizada por três médicos bolsistas, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centros Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES).

Mas o que parecia ser uma questão restrita acaba repercutindo pelo país, pois o episódio teve uma ampla divulgação e era debatida tanto na imprensa quanto em entidades que tinham vozes expressivas da sociedade civil.

Com toda essa divulgação de fatos emerge de pequenos núcleos estaduais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, o MTSM, ganha força e faz denúncias e acusações a respeito do sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui tortura, corrupções e fraudes.

Ainda baseado no que diz José Augusto Bisneto (2002) o segundo momento da Reforma Psiquiátrica é o da Trajetória Sanitarista, quando há uma aliança entre as duas correntes para incorporação no aparelho do Estado. O resultado dessa união por um lado foi à renovação das lideranças da tecnoburocracia, e por outro foi à absorção para seu interior do pensamento e do pessoal crítico.

Este período foi vigorosamente institucionalizastes, pois os padrões conceituais que estavam na base da origem do pensamento que recrimina a saúde dão lugar a uma atitude menos crítica onde, visivelmente, parte-se do princípio que a ciência médica e a administração podem e devem decidir o problema das coletividades.

Cresce a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde, reflete-se sobre a construção de saberes hegemônicos sobre saúde.

Neste momento uma nova modalidade de convênio delimita a política pública de saúde mental: a denominada “co-gestão” que é disseminada entre os ministérios da Saúde, Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais da DINSAM. Surgem quase que juntos, alguns empreendimentos de gerenciamento de sistemas e serviços públicos de saúde mental, dirigidas pelos participantes do MTSM.

Para Teixeira (1995), o período da Nova República concebe o auge desta estratégia de ocupação dos espaços públicos. Neste período, o movimento sanitário confunde-se com o próprio Estado. É neste contexto que é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, autorizando pela primeira vez a participação de entidades e representações da sociedade civil. É nesta conferência que a expressão reforma sanitária torna-se um lema nacional, como um aparelho tático de mobilização social em volta de uma reestruturação do setor saúde.

Neste conjunto de confronto político, sobrevém ainda que a DINSAM procedesse com desprezo a realização da Conferência. Isto faz com que alguns membros do MTSM desempenhem algumas conferências estaduais e municipais. A principal delas diz respeito a uma melhor classificação das vagas de delegados entre representantes de instituições, órgãos públicos, e sociedade civil. Recebe ainda um destaque particular as organizações formadas por usuários, psiquiatrizados, e famílias, que embora já existente, encontravam muito pouco espaço para suas opiniões e projetos nas instâncias oficiais de participação.

Teixeira (1995) diz que o fracasso das experiências que almejavam alterar o modelo da psiquiátrica clássica em todo o mundo, fazia crer que era impossível modificar a realidade das instituições psiquiátricas e da psiquiatria de uma maneira radical.

Com isso MTSM resolve rever suas estratégias, repensar seus princípios e estabelecer novas alianças.

Assim baseado no que diz Teixeira (1995), o movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Esse alheamento se deu pelo fato de que, apesar de todos os desvios de rota, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante ao

passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios de medicina como instituição social.

Portanto, o lema por uma sociedade sem manicômios retoma a questão da violência da instituição psiquiátrica e ganha as ruas, a imprensa, e a opinião pública. Este lema foi uma estratégia para que quando fosse utilizada a expressão propositalmente, percebessem que não existiam diferenças entre termo e qualquer hospital psiquiátrico.

Para Amarante (2001), este período foi, também, um período de abertura concreta de espaços no interior das instituições, havendo o afastamento das velhas lideranças, que eram comprometidas com a psiquiatria conservadora, ou, ainda, com a prestação de serviços a repressão. Com as mudanças houve uma produção de novas culturas, a consignação de uma nova ética, de novas formas de pensar, trabalhar e lidar com os pacientes e com as instituições.

Este processo de transformação deu-se não somente no sentido da luta cotidiana, pela mudança de hábito, culturas e tecnologias, mas pela iniciação de uma nova ética, e também por iniciativas de reformulação do papel dos técnicos.

Deve-se reconhecer que, apesar da adoção de uma tradição predominante sanitária, o movimento pela reforma psiquiátrica soube conservar um viés notadamente muito menos institucionalizante do que o movimento pela reforma sanitária. Seja pela natureza do tipo de instituição, seja por um não abandono absoluto as origens de seu pensamento crítico, o fato é que enquanto a reforma sanitária caminhava definitivamente pelos caminhos da institucionalização densa, universal e inquestionável da saúde e da assistência médica, o movimento pela reforma psiquiátrica mantinha-se voltado para a questão da transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução. Mesmo que esta, muitas das vezes, tivesse sido confundida com a mera desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de permanência hospitalar, do número de internações, aumento do número de altas hospitalares etc.). Cabe considerar que, ao lado de uma política progressista de redução do número de leitos psiquiátricos, existiu um proeminente aumento do número de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centro de convivência e outros recursos e tecnologias. (AMARANTE, 2001 p. 96).

O movimento em saúde mental no Brasil, com suas propostas, revolucionárias ou até mesmo utópicas em alguns instantes, desempenha um importante e privilegiado papel no campo das transformações em saúde mental, para Amarante (2001) o movimento em saúde mental no Brasil é o ator político a estabelecer as propostas e as possibilidades de mudanças. Se algumas de suas propostas são agregadas pelas instituições e entidades, o correto é que estas são

instigadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem atrasadas no tempo e nos cenários que o movimento vem construindo.

3 CAPS UMA POLÍTICA DE DIREITOS

3.1 Conceituando Política Social

Nunca se falou tanto de Política Social como nos últimos tempos. Pois atualmente falar de Política Pública ou Política Social é abrir um leque para discussões no que diz: Estado, direitos, bem-estar, como também injustiças e desigualdades. Logo é de suma importância conhecer o contexto histórico em torno das Políticas Sociais.

Como base de reflexão histórica Behring, Boshetti (s.d. s.p.) traz que, desde o século XIX buscam discutir o papel que cabe ao Estado diante do processo de industrialização capitalista, que desde então destituiu proteção social de milhares trabalhadores que abandonaram as formas feudais² para se tornarem trabalhadores livres. Este foi o ponto de partida para reflexão e discussão das políticas sociais, embora diferentes abordagens teóricas das ciências políticas tivessem visões próprias a respeito da Política Social a começar com o liberalismo conservador que tem um entendimento em que o Estado não deve intervir na economia, nem no enfrentamento das desigualdades sociais e que as políticas devem se expressar minimamente.

Os mesmos autores apontam que as correntes de proposta social democrática acreditam que o mercado capitalista tende a destruir a sociedade e, portanto, o Estado deve intervir para problematizar os efeitos do mercado e prover seguridade social às camadas desprotegidas, acabando com as desigualdades sociais, e que já no marxismo as Políticas Sociais se explicam a partir dos problemas da formação social capitalista, ou seja, pela existência de uma cultura econômica de classes baseada na valorização do capital, e que o Estado ao mesmo tempo em que contribui para produzir estrutura ao enfrentamento à pobreza também, acaba sendo resultante do modo de produção capitalista.

Autores contemporâneos como Potyara (2008, p.23) diz que:

² O feudalismo foi um modo de organização social e político baseado nas relações servo-contratuais. Tem suas origens na decadência do Império Romano. Os senhores feudais conseguiam as terras por que o rei dava-as para eles. Os camponeses cuidavam da agropecuária dos feudos, em troca recebiam o direito a um pedaço da terra para morar, além de proteção contra ataques bárbaros. (Fonte: Wikipédia)

A política social só ganha espaço institucional quando o Welfare State³ se firma no século XX como instituição responsável pelo atendimento das necessidades sociais ocasionado pelo desenvolvimento capitalista.

O capitalismo é um modelo de sociedade que visa o lucro em torno da produção da mais valia remetendo na exploração dos trabalhadores, divisão das classes, e desigualdades com as classes menos favorecida.

Entende-se, então que o surgimento das expressões da questão social no âmbito global emergiu uma intervenção e proteção do estado para promover segurança contra essas expressões. Essa proteção se chamou Welfare State surgido na Europa Ocidental, no qual o Estado enquanto instituição promoveria bem-estar, em respostas aos conflitos da industrialização. Vale ressaltar que:

Welfare State, no seu funcionamento, varia de um contexto nacional para outro; ou seja, não há um modelo único de Welfare State que possa servir de paradigma geral. Sendo assim, há estados de Bem-Estar que promovem satisfatórias condições de bem-estar social e outros que, apesar do nome, e das ações realizadas, não apresentam o mesmo desempenho. (POTYARA, 2008, p.178)

A sociedade atual se caracteriza por diversidades como: etnia, renda, cultura, religião, valores, interesses e divisões de classes dos que têm e os que não têm poder para responder o capital. Todas essas diversidades e separações repercutem em desigualdades e injustiças para uma parte da sociedade, necessitando assim de uma proteção.

De acordo com Machado; Kyosen (s.d.; s.p.) um país democrático onde o Estado deve intervir nos problemas sociais faz com que todos os indivíduos tenham direitos assegurados desde seu nascimento até sua morte por meio de Políticas Sociais que são conjuntos de ações, metas, serviços e planos que devem ser assegurados à população, que na maioria das vezes são encontradas por programas sociais de alívio a pobreza de caráter emergencial, que faz com que os indivíduos acreditem que estar nestas condições de pobreza, e desigualdade é natural.

³ (*Welfare State*), surgido na Europa também conhecido como **Estado-providência** é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. (Fonte: Wikipédia)

Atualmente, além de encontrarmos esses programas encontramos também Política Social não satisfatória no âmbito da Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação, sua execução é um tanto falho e precário principalmente na área da saúde. Pois, o que deveria ser como Política Social Universal é apenas Política Social aos menos favorecidos, aos que não tem condições de procurar serviços privatizados.

Assim, é de enorme criticidade quando Potyara (2008, p.38) diz:

Não existe bem estar social e política social, porque não existe medida capaz de modificar as forças do mercado e garantir aos cidadãos pelo menos três coisas: um mínimo de renda, independente de sua inserção no mercado de trabalho; segurança social contra contingências sociais, como doenças, velhice, abandono, desemprego; e oferta, sem distinção de classe e status de serviços básicos.

Portanto, as Políticas Sociais se baseiam na intervenção do Estado perante as necessidades apresentadas e que essa intervenção não é satisfatória, pois não responde às reais necessidades de quem precisa dela. Logo, fica difícil conceituar as Políticas, pois existem definições incertas, duvidosas para sua prática.

3.2 A Saúde Mental Enquanto Direito

A doença mental tal como a anomalia psíquica é geralmente marginalizada e está rodeada de mitos e preconceitos, abrange vários desvios, perturbações intelectuais ou intelectivas, ainda, perturbações volitivas e perturbações mistas.

Dessa forma, conceituamos conforme Jacobina (2003) que os direitos sociais são aqueles que requerem a presença do Estado para que possam ser exercidos. Têm por objetivo garantir a todos os indivíduos condições materiais tidas como imprescindíveis para o pleno gozo dos seus direitos, por isso exigem do Estado intervenções de ordem social.

Garante a Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 6º, que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010).

Diante desta perspectiva é assegurado ao doente mental que ele tenha direito à proteção assistencial e não perda dos direitos de cidadania, mantém, e devem ser-lhe especialmente reconhecidos, o direito à humanidade no tratamento, o direito à rigorosa e isenta avaliação clínico-psiquiátrica, o direito à família, os direitos a não discriminação e de acesso aos melhores cuidados de saúde mentais disponíveis.

Os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias nº 189/91 e 224/92 – desde 1991, definem claramente a integralidade como componente obrigatório e, mais recentemente, a Lei Federal que reorienta a assistência psiquiátrica – nº 10.216, de 06/04/2001, em seu artigo 4º, §2º – determina que: “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”.

As leis nº 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem princípios de direito sanitário. E assenta a saúde como direito fundamental a qualquer ser humano, e a mesma como sendo o dever do Estado de garanti-la.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

As ações, serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados obedecem a princípios para que ocorra a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Enfim, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos, discriminação ou privilégios de qualquer espécie.

A lei n.º 10.216/2001, que trata exatamente da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu art. 1º determina que os direitos ali assegurados aos portadores de transtornos mentais devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação”, o parágrafo único do art. 2º traz princípios e direitos garantidos as pessoas portadoras de transtornos mentais, e o mesmo não exclui os demais direitos atribuídos ao conjunto dos cidadãos.

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

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A lei afirma que a saúde mental é o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com tratamentos que visam à reinserção do paciente no meio social.

Então, é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, a extinção dos hospitais psiquiátricos com substituição por outros recursos.

No entanto, admite-se a internação, desde que a Lei esteja de acordo com o que está previsto.

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

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

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

3.3 A Descentralização do Atendimento na Perspectiva do CAPS

No final dos anos 80 e início dos anos 90, o Brasil passava por uma crise econômica e política e por um processo de redemocratização do país. A Constituição de 88 aborda a necessidade da Reforma do Estado, era o fim da República e o início da Era Collor. Em 1986, em Brasília é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que pela primeira vez, teve a participação popular e comunitária. Surge, então, uma nova concepção de saúde, ou seja, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Esse novo modelo político determina os rumos da saúde no país, que faz com que a proposta de saúde seja repensada, logo após a Reforma Psiquiátrica que advém da Reforma Sanitária, que tinha como objetivo mudar o atendimento ao portador de transtorno mental. A primeira Conferência de saúde mental foi realizada em 1987, no Rio de Janeiro, que aconteceu com base em três eixos de discussão:

- 1) Por uma sociedade sem manicômios: significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.
- 2) Organização dos trabalhadores de saúde mental: a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.
- 3) Análise e reflexão das nossas práticas concretas: uma instância crítica da discussão e avaliação. (A quem servimos e de que maneira). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar. (MTSM, 1987b: 04)

A política de saúde mental foi alterada e tornou-se mais humana, apresentou novas características e passou a incluir a família e comunidade na participação do tratamento do doente. Os hospitais psiquiátricos, manicômios e hospícios deixaram de existir, de acordo com a Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado, conhecida como Lei nº 10.216 que dispõe da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona a política de saúde mental,

aprovada em 2001, alterou assim, a relação da sociedade em geral com o doente portador de transtorno mental, que antes era visto como louco e incapaz.

A Lei nº 10.216 dispõe que a pessoa portadora de transtorno mental receba um tratamento humanitário e seja mantida no seu ambiente familiar e comunitário, facilitando assim a sua integração com a sociedade em geral. De acordo com a Lei, o Estado é responsável pelo andamento da política de saúde mental, incluindo a sociedade no processo de cuidado do portador de transtorno mental.

Essa nova Lei propõe uma mudança geral no processo de atendimento ao portador de transtorno mental, o que antes era centrado em hospitais psiquiátricos, atualmente oferece tratamento em serviços de base comunitária, fazendo com que haja uma substituição do atual modelo da política, por uma política de atendimento extra-hospitalar, onde começaram a surgir os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que remodelavam a política de saúde mental proporcionando assim um atendimento mais humanitário.

O primeiro CAPS surge em São Paulo em 1987 – Centros de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – que passou a ter forte influência na transformação dos serviços. Segundo o Ministério da Saúde (s.d.; s.p.), o CAPS tem como objetivo:

Criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário.

O CAPS tem como finalidade incluir o portador de transtorno mental na rede assistencial mais próxima a sua residência, visando à integralidade das ações, promovendo a inclusão social, por meio de ações propostas pela equipe. Assim pretende-se reduzir o número de internações em hospital psiquiátrico, tendo como prioridade transtornos mentais severos e recorrentes, substituindo a internação hospitalar.

A desinstitucionalização não tem somente o objetivo de humanizar o atendimento ao portador de transtorno mental, mas também de inserir o portador de transtorno mental no convívio comunitário e social, proporcionando melhor qualidade de vida e direito ao acesso a todos os recursos disponíveis.

[...] a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (AMARANTE, 1995, p. 95)

Logo, a política de saúde mental tem se organizado em torno da medicina preventiva e comunitária, que visam à integralidade das ações, com efeitos individuais e coletivos. Propõe uma política emancipatória e que reconheça os direitos humanos, evitando a reprodução do modelo manicomial.

[...] a construção de outro lugar social para a loucura que não seja o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade. Na dimensão teórico-técnica busca-se a construção de um paradigma teórico e de novas tecnologias de intervenção capazes de viabilizar os objetivos propostos na esfera ideológico-política. (LUZIO, 2003, p. 122)

3.4 O Caps Enquanto Espaço de Afirmação de Direitos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nasceram com o questionamento ao modelo asilar, essa nova concepção de assistência ao portador de transtorno mental apresenta como marco o movimento de Reforma Psiquiátrica que se iniciou na década de 1960, e teve como eixo fundamental o conceito de desinstitucionalização - tratava-se de desinstitucionalizar a própria psiquiatria.

Dessa forma a visão da instituição psiquiátrica, que não considerava as diferenças individuais do sujeito, as diferenças de classe, as diferenças de poder e as hierarquias, acabou produzindo o manicômio como um modelo de tratamento segregador.

A passagem do antigo modelo para um modelo alternativo fruto de um conjunto de forças sociais e de discussões ocorridas nas práticas instituídas, é denominada de modo psicossocial de atendimento.

Segundo Pitta (1996), no modo psicossocial, a concepção do objeto e dos meios de trabalho considera como determinantes os fatores políticos e biopsicosocioculturais. Usa como meios básicos as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto de dispositivos que visam à reintegração sociocultural, dando importância além da medicação, às cooperativas de trabalho. O sujeito é mobilizado a participar do próprio tratamento, considerando-se a sua dimensão de indivíduo orgânico e sociocultural.

Há a valorização do indivíduo como elemento pertencente ao seu grupo familiar e social e, desta forma, tanto o sujeito como sua família e grupo social devem ser trabalhados e considerados como agente de mudança. Considera-se o transtorno mental não como um fenômeno individual, mas social. Deste modo, as formas de participação da família e do grupo social são variadas, superando a assistência asilar.

Entre as práticas possíveis do modelo psicossocial destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de um espaço terapêutico de referência para o tratamento de portadores de transtornos mentais severos e persistentes, que visa garantir relação com trabalhadores e usuários centrados no acolhimento e acompanhamento propiciando um ambiente e um vínculo terapêutico humanizado. Objetiva fortalecer a inserção do usuário na família, no trabalho e na comunidade. A atenção inclui ações dirigidas aos usuários e familiares, mediante a projetos de inserção social, a fim de minimizar a estigma e promover a cidadania, qualidade de vida e inclusão social.

O Ministério da Saúde, após a Lei nº 10.216 teve que fazer uma atualização da Portaria nº 224 que estabelece a organização dos serviços baseadas nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, e elaborou a Portaria nº 336, aprovada em 2002, que classifica os CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - são uma unidade pública de saúde e tem como objetivo atender indivíduos que sofrem de transtorno

mental substitui as internações em hospitais psiquiátricos e promove o atendimento clínico e acompanhamentos desses indivíduos até sua reinserção na sociedade.

Os CAPS são classificados de acordo com o porte, a complexidade e a número de habitantes do município. Classificam-se em cinco modalidades, sendo elas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II – infantil, CAPS ad II – dependentes de substâncias psicoativas.

De acordo com o relatório de 15 anos de Caracas (2005; s.p.) os CAPS se classificam em:

CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adulta com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPS, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPS ad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam

durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPS ad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

Segundo a portaria nº 336, artigo 4º, que determina que os Centros de Atenção Psicossocial I, II e III têm como características gerais:

- a) Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) Supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou no módulo assistencial;
- e) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentado pela Portaria/ GM/ MS nº 1077 de 24 de Agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/ MS nº 341 de 22 de Agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

TABELA 1 - Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental

Faixas Popacionais	Nº Municípios	% Municípios	Nº Habitantes	% População	Composição Rede de Saúde Mental
Até 19.999	3970	71,35	32.654.617	17,73	PSF e Rede Básica de Atenção à Saúde
De 20.000 a 49.999	1026	18,44	31.001.201	16,83	Caps I
De 50.000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	Caps II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	Caps II, Capsi e Capsad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15	Caps III, Caps II, Capsi e Capsad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	Caps III, Caps II, Capsi e Capsad
Acima de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	Caps III, Caps II, Capsi e Capsad
TOTAL	5564	100	184.184.264	100	

Fontes: Ministério da Saúde.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativa populacional 2005.

Os CAPS têm a finalidade de diminuir as internações hospitalares, deve tornar possíveis os laços sociais e criar possibilidades de vida nova para as pessoas que sofrem de transtorno mental, permitir que os pacientes tenham um acompanhamento sem a necessidade de internação, aliviando seu sofrimento, conquistando sua cidadania e dando sentido a sua vida.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial é o “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”.

O CAPS deve ser o lugar onde o indivíduo possa formar vínculos, um lugar de referencia que possa procurar quando precisar ou sentir necessidade, sua reintegração social depende disso.

4 A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO

4.1 Caracterizando o Município

A região onde se encontra o município de presidente Epitácio tornou-se conhecida a partir de 1888, com a passagem do gado trazido dos sertões mato-grossense. Por volta de 1902, iniciou-se a organização de pousos e currais para descansos desses gados razão esta que fundou a vila do Porto Tibiriçá já com inúmeros moradores.

Em 1919 com a chegada dos trilhos da Estrada de Ferro as condições de vida melhoram para o porto de Presidente Epitácio. O tráfego ferroviário em 1922 marcou a data de fundação da cidade, onde os primeiros moradores na sua maioria dedicaram se a extração de madeira. Em 1924 os trilhos da estrada de ferro foram estendidos ate a barranca do Rio Paraná. O fácil escoamento da madeira pelo Rio Paraná favoreceu a instalação de varias serrarias provocando a instalação definitiva da cidade de Presidente Epitácio. Como município Presidente Epitácio passou a desenvolver-se rapidamente e novas famílias chegaram à cidade confiante nas oportunidades que surgiam.

Grandes empresas madeireiras se instalaram e armadores se aparelhavam para o transporte fluvial de madeira, gado e cereais. Com as empresas de navegação surgiram às indústrias de construção naval oferecendo forte mão de obra. Esse serviço de navegação empregava em suas frotas uma tripulação superior a 1500 embarcações.

A cidade foi instalada em 1949 e recebeu o nome de Presidente Epitácio em razão de homenagear o então na época Presidente do Brasil senhor Epitácio da Silva Pessoa. Carinhosamente, Presidente Epitácio é chamado de Jóia Ribeirinha, por ser uma Jóia lapidada pelas águas do Rio Paraná. A cidade também é conhecida como Estância Turística da região em razão da formação do lago da usina Hidrelétrica Sergio Motta, localizado no porto Primavera. Em sua historia, registram-se artes, pesca, turismo e as belezas naturais⁴.

⁴ Os dados históricos do município foram retirados do Plano Municipal da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do ano de 2008.

Segundo o IBGE (2007) Presidente Epitácio está com população estimada de 40.891 sendo 39.992 urbanos e 2.092 rurais.

Existem também núcleos populacionais como:

a) Assentamentos

- Assentamento da fazenda Lagoinha com 155 famílias.
- Assentamento Lagoa São Paulo com 98 famílias
- Assentamento do Porto Velho com 88 famílias
- Assentamento da fazenda Engenho com 60 famílias

Obs.: apenas o assentamento lagoinha é assistido pelo PSF.

b) Acampamento:

- Acampamento Jair Ribeiro com 200 famílias

c) Favela:

- Favela do Casquinha com 70 famílias

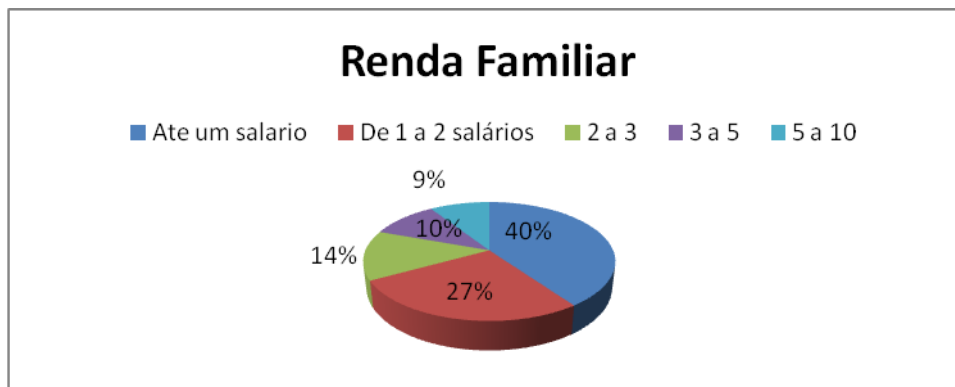
O perfil sócio econômico da cidade se baseia em atividades econômicas como indústria, comércio, agropecuária e turismo. A maioria das famílias do município vive apenas com um salário mínimo, como mostra a tabela abaixo.

TABELA 2 - Renda familiar expressa em salário mínimo.

Salário	Número de famílias	%
Ate um salário	3699	40
De 1 a 2 salários	2472	27
2 a 3	1245	14
3 a 5	951	10
5 a 10	845	9
TOTAL	9212	100

Fonte: Plano Municipal da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (2008)

GRÁFICO 1 – Renda Familiar



Fonte: Plano Municipal da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (2008)

O município está localizado na região oeste do estado de São Paulo, fazendo divisa com o estado do Mato Grosso do Sul, localiza-se a uma latitude 21°45'48" Sul e uma longitude 52°06'56" Oeste, estando a uma altitude de 310 metros. Tem como cidades limites no estado de São Paulo o município de Caiuá, Panorama e Teodoro Sampaio, limitando-se ainda com o Estado do Mato Grosso do Sul. Possui uma população estimada em 40.000 habitantes, segundo o último censo do IBGE. Seu tipo de gestão é Plena de Atenção Básica.

A Estância Turística de Presidente Epitácio foi classificada no Grupo 4⁵ do IPRS, em 2000, e passou para o Grupo 5, em 2002, que reúne os municípios com baixos níveis de riqueza, escolaridade e longevidade.

O nível de riqueza foi bem inferior à média estadual, porém os indicadores de longevidade e escolaridade encontravam-se próximos aos respectivos patamares do Estado. A mudança de grupo ocorreu porque houve melhora em escolaridade a qual ficou aquém da observada no conjunto do Estado. Seu IDH é de 0,766.

4.2 Análise do Atendimento de Transtorno Mental no Município

As informações aqui descritas foram constituídas com referencial bibliográfico e pesquisa de campo de cunho qualitativo, ressaltamos que os dados obtidos foram levantados através de pesquisa, pois o município não possui

⁵ Grupo 4: Municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade (Fonte: Seade)

diagnóstico do perfil dos pacientes e não possuem contato direto com a família. Esses foram coletados mediante entrevistas realizadas com profissionais da área de saúde do município, sendo eles: o secretário municipal de saúde, o médico psiquiatra, a psicóloga e a assistente social, que serão apresentados no decorrer da pesquisa sem sua identificação, portanto serão enumerados. Estes profissionais foram escolhidos por terem informações que pudessem nos fornecer subsídios.

Para a interpretação e análise relativos à situação do atendimento da saúde mental, procurou-se cruzar todos os dados obtidos a fim de analisar de forma crítica, evitando ao máximo, qualquer tipo de informações mutiladas ou imperfeitas que possam influenciar de forma negativa o resultado da pesquisa.

O município de Presidente Epitácio caracterizado como de pequeno porte, possui para atendimento da população na área da saúde uma Santa Casa, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), nove Estratégias de Saúde da Família (ESF), e o único que oferece atendimento de Saúde Mental Ambulatorial é a UBS.

A tabela abaixo vem apresentar como estão distribuídos os centros de atendimento de saúde no município.

TABELA 3 – Posto de atendimento da saúde

Centro de Saúde	9
Centro de Atenção Psicossocial	0
Centro de Apoio de Atenção à família	0
Leitos Existentes por 1000 habitantes	1,9
Leitos por 1000 habitantes pelo SUS	1,7

Fonte: SIOPS. Situação da base de dados nacional em 24/05/2010.

A média anual do município em saúde mental é de 600 (seiscentas) pessoas que passam por um primeiro atendimento. Estes pacientes chegam a UBS por meio de encaminhamentos feito por médicos e psicólogos da atenção básica à saúde. Antes de passar pelo psiquiatra o paciente é submetido a uma triagem realizada pela psicóloga da UBS que avalia o tipo de transtorno a fim de diagnosticar se realmente é caso do médico psiquiatra ou se deve ser encaminhado para tratamento psicológico ou neurológico.

O transtorno mental pode ser entendido como alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral.

O paciente que necessita do atendimento na área de saúde mental, inicialmente é avaliado por médico clínico geral que preenche uma guia de referência e faz devidos encaminhamentos.

A triagem e agendamento para consulta com médico psiquiatra é feito por um psicólogo que atende exclusivamente na saúde mental, é nesta triagem que avalia o tipo de caso, se é atendimento com psicólogo, psiquiatra ou neurologista.

A primeira consulta do paciente com médico psiquiatra é individual, podendo ser agendado consultas posteriores em grupo ou permanecer individual, de acordo com a avaliação do médico. Segundo o entrevistado número 3:

“A maioria dos pacientes que chegam aqui, vem com encaminhamento de um clínico geral, geralmente dos ESF, aqui é feito uma triagem onde o paciente é avaliado se é caso de psicólogo, psiquiatra ou neurologista. Sendo caso do médico psiquiatra a primeira consulta demora em média dois meses.” (Sic)

Quando o paciente passa pela primeira consulta, o médico identifica o tipo e o nível em que está a doença, feito isso, ele decide como será o atendimento. Se será individual ou em grupo, e quanto a frequência das consultas, será analisado se será mensal, bimestral, ou trimestral. Devido um alto número de atendimentos, a maioria dos pacientes passa por consulta a cada dois meses. No caso de pacientes que a doença é permanente o atendimento é grupal e acontece a cada quinze dias.

O paciente que é acometido a medicação recebe o suficiente até sua próxima consulta, o que muitas vezes gera problema, pois pelo fato de não se ter uma orientação e um acompanhamento mais próximo, o paciente nem sempre se adapta a medicação e acaba muitas vezes se auto medicando, ou não fazendo o uso correto dessa medicação. De acordo com o entrevistado número 3:

“Muitos pacientes não vão acompanhados e não conseguem nem saber a forma correta de tomar a medicação, então orientamos pela cor do remédio. Ex: - todos os dias de manhã você toma o amarelinho, e a noite o azulzinho.” (Sic)

Para encaminhar o paciente para internação psiquiátrica através da UBS, o mesmo precisa ser avaliado por um médico, não necessariamente médico psiquiatra, este preenche guia de solicitação de vaga com seu laudo, e orienta o paciente e responsável a se dirigir ao Setor de Serviço Social que encaminhará o pedido da vaga à Central de Regulação Médica de Presidente Prudente que oferecerá a vaga de acordo com a disponibilidade. As internações são realizadas em hospitais psiquiátricos do município de Presidente Prudente e esporadicamente no Hospital Psiquiátrico Santa Maria de Pirapozinho/SP. Os pacientes também podem ser encaminhados para o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Regional de Presidente Prudente, que após avaliação requisitará a vaga em hospital psiquiátrico. Para a internação psiquiátrica é necessário o paciente estar acompanhado de um responsável, e quando surge à vaga o paciente tem vinte e quatro horas para internação, e a UBS disponibiliza o transporte. Em relato o entrevistado número 2 diz que:

“Se a Santa Casa do município solicitasse para o SUS pelo menos 10 leitos para a internação psiquiatra, 90% dos casos de internação seriam resolvidos aqui. Mas devido sua política interna a Santa Casa não aceita ala de psiquiatria”. (Sic)

Durante o processo de internação o médico que encaminhou não acompanha o paciente, mas quando este recebe alta ele já vem com encaminhamento e tem uma vaga garantida na mesma semana para consulta com o psiquiatra para dar continuidade ao tratamento.

A falta de uma equipe multiprofissional exclusiva para o trabalho na saúde mental faz com que a família receba pouca atenção do sistema de saúde. Geralmente, o contato com a família se dá no processo de avaliação psicológica, quando solicitada pelo psiquiatra a presença na consulta ou quando o psiquiatra solicita avaliação social. Evidencia em alguns casos a sobrecarga da família tanto por fatores de ordem emocional onde a convivência com a pessoa que sofre de transtorno mental é marcada por tensões, principalmente, para o cuidador principal, quanto por fatores de ordem financeira por terem que prover as necessidades de um adulto improdutivo. De acordo com o entrevistado número 2:

“Quando um paciente deixa de comparecer as consultas não temos nem como ir atrás para saber o motivo, por falta de uma equipe que possa fazer esse acompanhamento.” (Sic)

Os profissionais que atuam exclusivamente com a saúde mental são: o médico psiquiatra e o psicólogo. Outros profissionais atuam também com a demanda, mas não exclusivamente, que é o caso do assistente social, o técnico de enfermagem, nutricionistas, entre outros, quando requisitado pelo médico ou por demanda espontânea do paciente e/ou família.

“[...] é muito forte a cultura por conta dos governantes municipais, de que o atendimento a saúde mental deve ser prestado apenas por médico psiquiatra e psicólogos.” (Sic)

Estes profissionais relacionados abaixo estão vinculados ao atendimento do transtorno mental.

TABELA 4 – Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS	TOTAL	ATENDE PELO SUS	NÃO ATENDE PELO SUS
Clinico Geral	26	24	2
Psiquiatra	1	1	0
Assistente Social	3	3	0
Psicólogo	6	5	1
Auxiliar de Enfermagem	19	18	1

Fonte: SIOPS. Situação da base de dados nacional em 24/05/2010.

A UBS não possui estrutura física adequada para o atendimento do portador de transtorno mental, não há como realizar atividades, assim, o atendimento fica apenas nas consultas psiquiátricas e os grupos que são pequenos, por isso têm condições de serem realizados. A falta de recurso financeiro para a implantação de um lugar com espaço físico adequado dificulta a melhoria de qualidade no atendimento. Como mostra a Tabela 1, o município se enquadra nos critérios de ter em sua composição de rede de saúde mental o Caps I.

Como foi visto durante a pesquisa a psicóloga e a assistente social estão instaladas na sala da informática, em condições precárias, o que dificulta o trabalho e o atendimento, pois como a psicóloga faz a triagem e a assistente social faz seus atendimentos com outras demandas dentro da mesma sala? De acordo com o entrevistado numero 4: “Não sabemos se é falta de recurso ou falta de iniciativa” (Sic)

Se tivesse um lugar com estrutura adequada e uma equipe profissional trabalhando exclusivamente na saúde mental o atendimento ao portador de transtorno mental poderia ser de melhor qualidade e as famílias poderiam ter uma orientação, quanto à doença, o tratamento e a forma de lidar com esta situação. Por isso destacamos a importância de implantação do Caps. O município já possui um projeto para a implantação onde já se tem definido o local, a equipe mínima, as atividades a serem desenvolvidas, o cronograma dos atendimentos. Falta apenas recurso físico para sua implantação.

4.2.1 Perfil dos portadores de transtorno mental no município

Abordaremos aqui o perfil do portador de transtorno mental do município de Presidente Epitácio. Para que obtivéssemos resultados de cunho qualitativo e quantitativo, foi realizada pesquisa de campo onde, optou-se pela entrevista com os pacientes com CID F 20.0 (Esquizofrenia Paranoide) e CID F 32.8 (Outros Episódios Depressivos), como apresentação do portador de transtorno mental no município logo, em diferentes níveis de desenvolvimento da doença que utilizam o sistema de saúde municipal com pelo menos três atendimentos no ano, para que fosse possível coletar dados com o objetivo de investigar o que o usuário do sistema de saúde mental municipal vivencia e suas perspectivas para o futuro com caráter investigativo, pois esta responde a muitas perguntas, como diz a autora Minayo:

A pesquisa qualitativa reponde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Esta pesquisa apresenta como objetivo específico conhecer o perfil dos portadores de transtorno mental, levando em consideração a idade, o sexo, quantas pessoas moram com ele, escolaridade, há quanto tempo descobriu a doença e há quanto tempo esta em tratamento, quais as atividades que desenvolve, se recebe algum tipo de benefício e quais as dificuldades enfrentadas.

Todos os pacientes entrevistados moram com a família, em alguns casos o próprio paciente participou da entrevista, em outros um responsável da família foi quem passou as informações. Foram identificados em média 600 pacientes por ano, desse número foram escolhidos 30 pacientes com depressão e esquizofrenia que passaram por atendimento pelo menos três vezes ao ano. Destes 30 pacientes foram escolhidos 8 por meio de sorteio.

Para a realização das entrevistas. Para a realização das entrevistas contamos com o apoio da Assistente Social da UBS, que em visita domiciliar apresentou o objetivo da pesquisa do grupo e solicitou autorização para a realização das entrevistas e divulgação dos dados obtidos. Para a coleta dos dados o grupo se dispôs a fazer as entrevistas nas residências de cada paciente.

Achamos de grande valia conceituar esquizofrenia e depressão. Para que haja clareza e entendimento sobre a doença em questão. De acordo com o ABC da Saúde (s.d; s.p):

Esquizofrenia é uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização ampla dos processos mentais. É um quadro complexo apresentando sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando marcados prejuízos ocupacionais, na vida de relações interpessoais e familiares.

Depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidos, porém mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, sendo a sua ocorrência em ambos os grupos também freqüente.

A Esquizofrenia Paranoide é o tipo mais comum de esquizofrenia e também a que responde melhor ao tratamento. Ela está associada a delírios de perseguição, como pensar que as pessoas estão sendo perseguido, estão denegrindo sua imagem, ridicularizando-a, prejudicando-as ou até apresenta intenção de matá-la.

São habituais também os delírios de grandeza, ideias além das suas possibilidades.

Segundo Elias Celso Galvêas (s.d; s,p), “Esquizofrenia Paranoide” é uma modalidade de esquizofrenia que, tem como característica perda de contato vital com a realidade, através da falta de organização das idéias, toma forma de paranóia, vista, como mania de grandeza (megalomania) aliada a delírios de perseguição. No entanto, é interessante observar que, os sentimentos de perseguição e megalomania são freqüentemente, estruturados sobre base lógica.

Algumas vezes os portadores deste tipo de doença chegam a ter idéias religiosas e/ou políticas, em períodos de delírios anunciando-se salvadores da terra ou da raça humana.

Esses pensamentos podem vir seguidos de alucinações, os quais acreditam em aparição de pessoas mortas, diabos, deuses, alienígenas e todos os tipos de elementos sobrenaturais.

No que se diz respeito ao termo depressão, este tem sido aplicado para assinalar tanto um estado afetivo de tristeza, quanto um sintoma, de uma (ou várias) doença(s).

Conforme Del Porto (s.d;s.p) a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades.

De acordo ainda com Del Porto enquanto sintoma, a depressão pode aparecer em diversos quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda acontecer como resposta a condições estressantes, ou a situações sociais e econômicas atribuladas.

E enquanto síndrome, a depressão abrange não apenas alterações do humor como: tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia, mas também a inclusão de outros aspectos, sendo estes alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.

No entanto, nem todos os pacientes descrevem a sensação particular de tristeza. Muitos referem à perda da capacidade de experimentar prazer em

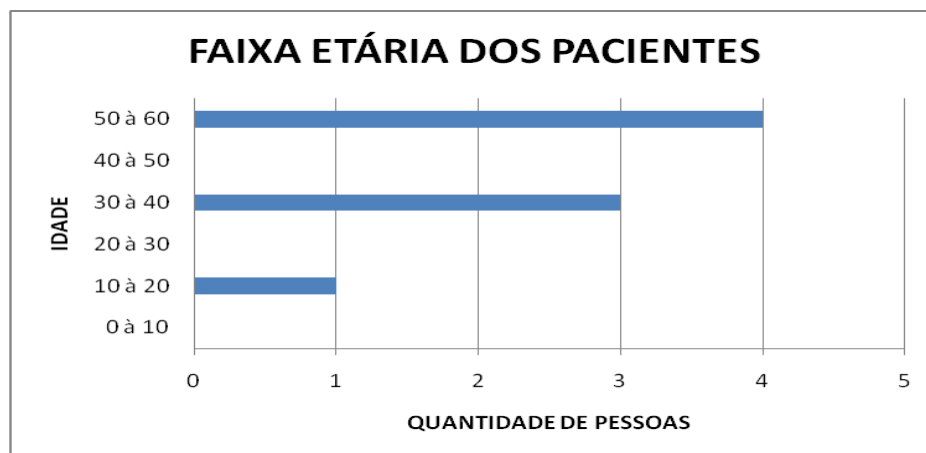
atividades corriqueiras e freqüentemente agregam à sensação de fadiga ou perda de energia.

Nos diagnósticos da depressão considera-se: sintomas psíquicos, fisiológicos, e evidências comportamentais.

Enquanto doença, a depressão tem sido qualificada de várias formas: transtorno depressivo maior, melancolia, disritmia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc.

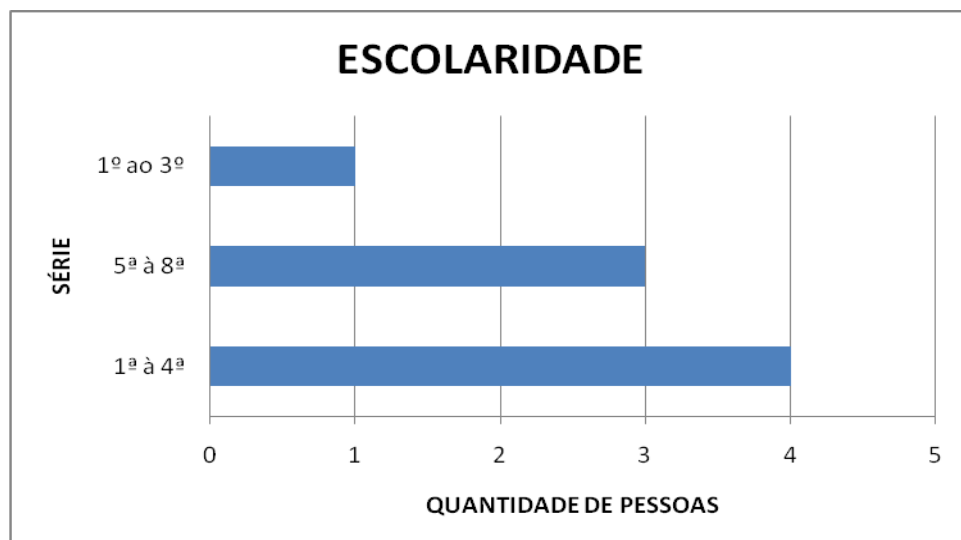
Foram entrevistados oito pacientes, sendo cinco mulheres e três homens com idades distintas. Nota-se que essa diferença de idade no desenvolvimento da doença acontece devido a fortes emoções que os sujeitos sofrem, e na maioria dos casos, os adultos sentem mais. Na maioria dos pacientes entrevistados a doença se desenvolveu quando adultos, são poucos os casos dos que nasceram com ela.

Conforme o GRÁFICO 2: Idade dos Pacientes



Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O nível de escolaridade e o rendimento destes pacientes são bastante distintos, dos entrevistados, dois ainda freqüentam a escola, sendo que um tem idade e rendimento escolar regular e o outro está em atraso, como mostra o gráfico 3: Escolaridade dos pacientes



Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Essa diferença do nível de escolaridade se dá pelo desenvolvimento da doença, pois em alguns casos a doença surgiu por problemas emocionais e em outros o paciente convive com a doença há muito tempo.

Identificados que destes oito pacientes somente cinco recebem algum tipo de benefício, como o auxílio doença ou o Benefício de Prestação Continuada – BPC, e contribuem na renda familiar.

4.2.2 A visão do portador e de sua família frente ao transtorno mental

Dos entrevistados, cinco deles relataram que houve casos da mesma doença na família, e muitos acreditam que a doença venha a ser um fator genético, já os outros três casos acreditam que a doença se desenvolve por fatores emocionais.

“Eu era normal, trabalhava, tinha amigos, gostava de sair, mas quando perdi meu marido sentia muita tristeza e entrei em depressão, logo depois tive outra perda, meu filho.. ai perdi minha razão de viver, minha doença evolui muito, o medico disse que sou depressiva e esquizofrênica, Essa doença veio por conta das decepções que a vida me deu.” (Paciente, E.S.C.)

Quando a família percebeu os primeiros sintomas da doença procuraram o sistema de saúde municipal, na maioria dos casos o ESF de cada bairro, não teve nenhuma família que procurou outros serviços. Diagnosticado a

doença, foram encaminhados para o sistema de saúde mental na UBS, onde foram realizadas as providências citadas acima para dar início ao tratamento.

Em relato, os entrevistados disseram que o atendimento do médico é bom, que gostam do tratamento e que confiam no médico, mas reclamam da demora das consultas, acham que deveria ser com mais frequência, pois nem sempre se adaptam a medicação e tem que esperar até a próxima consulta, que geralmente é a cada dois ou três meses, para fazer a troca.

“... a medicação que o Doutor passou para o meu filho alterava a pressão e estava fazendo mal, então eu mesma parei de dar um dos remédios, e agora vou ter que esperar até a próxima consulta para ele substituir.” (Mãe, D.J.R.)

A maior dificuldade dos entrevistados é a falta de orientação e de um acompanhamento mais próximo, que não fique apenas nas consultas com o médico, e por causa da doença muitos se isolam e a única pessoa em quem confiam e gostam de conversar é o médico. Quando apresentado a proposta e o objetivo da nossa pesquisa, tanto a família quanto o portador de transtorno mental, mesmo não conhecendo ficaram felizes e destacaram a importância da implantação do Caps e do trabalho que será realizado, pois estar com pessoas que possam orientá-lo ou até mesmo ouvi-los traz uma segurança, e estar em contato com outros pacientes que se encontram na mesma situação fará com que eles não se sintam sozinhos.

“[...] seria legal, eu poderia ouvir o problema de outras pessoas e ter alguém pra ouvir os meus, a gente pode até discutir sobre a doença, pois o que aconteceu comigo talvez não tenha acontecido com ela.” (Paciente, E.S.C.)

Segundo o Ministério da Saúde (s.d;s.p):

O objetivo do Caps é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

As informações obtidas com a pesquisa de campo nos confirmam a necessidade de implantação do Caps no Município, para melhor realização do trabalho e melhor atendimento das famílias que necessitam da saúde mental

municipal, os próprios pacientes nos mostram a necessidade que possuem desse acompanhamento mais próximo, de uma atenção especial, de um lugar que os acolham de maneira mais carinhosa e lhes proporcionem segurança.

4.3 O Serviço Social: Uma Contribuição no Enfrentamento das Necessidades do Portador de Transtorno Mental

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil. A formação profissional também se pautou, em algumas disciplinas relacionadas à saúde. A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, em função do término da 2ª Guerra Mundial. A ação profissional na saúde também se amplia. O “novo” conceito de saúde, elaborado em 1948, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o Assistente Social.

De acordo com Bravo, Matos (2006, p.199):

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

O Assistente Social vai atuar nos hospitais, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

O legado do movimento de higiene mental no Serviço Social brasileiro é fascinante e está intensamente presente desde as próprias bases da sistematização e profissionalização do Serviço Social norte-americano.

A conjuntura histórica e política brasileira de desenvolvimento dos serviços sociais como empreendimento de Estado e do nascimento das primeiras escolas de Serviço Social, na década de 30, foi fortemente assinalada pelas abordagens e pela atuação política do movimento de higiene mental, em relação ao qual o serviço social católico se incorporou numa relação de complementaridade, de articulação acerca de temas específicos, e de definição de áreas de competência.

Na década de 40, os Assistentes Sociais atendiam prioritariamente as suas demandas por classificação de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou

de relação com os familiares para preparação para a alta, realização de encaminhamentos, em algumas instituições o profissional também se engajava para arrecadar recursos financeiros ou em espécie para necessidades dos internos, uma prática claramente assistencialista.

De acordo com Vasconcelos (2000, p. 129-130) a partir dos anos 40 a presença direta do Serviço social em serviços de saúde mental no Brasil, se principia sob inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics” recomendado pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de “criança problema” e inserção da educação higiênica nas escolas e na família, especialmente através de Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ).

A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica. (VASCONCELOS, 2002, p.185).

Já na década de 50, os relatórios de atividades da época assinalavam que as equipes em geral eram pequenas para o número de leitos e demandas das instituições, e os profissionais do serviço social estavam sempre abarrotadas em responder estas demandas, o protótipo geral de prática dessas equipes era nitidamente uni profissional, subalterno, burocrático, superficial e, em alguns casos, assistencialista.

O Serviço Social no Brasil sofreu profundas mudanças, no pós-1964, que tiveram rebatimento na área da saúde e no trabalho do assistente social. Sendo assim, o Serviço Social atendia aos manicômios com a expectativa de proporcionar serviços necessários ou benéficos para legitimá-los.

No início da década de 70, passam a existir as primeiras tentativas de busca de apoio da fenomenologia como base teórica e específica em Serviço Social.

A partir de 1973, o Ministério da Previdência Social evidenciou certa importância em se ter dentro da saúde mental uma equipe multiprofissional, sendo indispensável à presença de um profissional do Serviço Social nos hospitais

psiquiátricos, já que os mesmos tinham a necessidade de controlar assistência psiquiátrica, atendendo assim as exigências do INPS no período de regime militar.

Em 1986, a área da saúde no geral conseguiu um grande progresso, em Brasília ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou conhecida como um marco para o movimento sanitário que conseguiu avançar na elaboração de proposta de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, o projeto de reforma sanitária é questionado, mas mesmo assim se consolida o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Ao Estado cabe apenas garantir aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento mais massificado.

De acordo com José Augusto Bisneto (2005) o aparecimento do Movimento Antimanicomial (Processo de Reforma Psiquiátrica), trouxe com ele um avanço não só na área de saúde mental, mas no que diz respeito ao Serviço Social também. Pois ocorreu a contratação de novos assistentes sociais, ao passo que se compreendeu que o tratamento social dos usuários necessita ser através de ações nas áreas de trabalho, habitação, lazer, ou seja, através de práticas voltadas aos portadores de saúde mental, como programas de atenção ao usuário, sua reabilitação social e a garantia de sua cidadania.

Com toda essa renovação nos modelos de serviço de saúde mental encontra-se o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um espaço para o atendimento especificamente voltado para essa área, onde o Serviço Social contribui diretamente para a qualidade do atendimento.

Nessas instituições, a prática de ações terapêuticas é realizada pelo conjunto de profissionais para que se alcance resultados que possam contribuir para a saúde mental do usuário, em sua inserção na cidadania, pois apenas a interdição oferecida pela medicina psiquiátrica não soluciona a problemática.

Assim, o trabalho que o Serviço Social realiza com as famílias proporciona o suporte acerca do transtorno e das ações terapêuticas oferecidas dentro da instituição, visando, principalmente, a manutenção dos usuários dentro dos moldes do tratamento atribuídos pelos profissionais de psiquiatria.

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos á medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde. (CFESS, 2010, p. 45)

O assistente social através de sua prática profissional deve desenvolver um trabalho que possa garantir aos portadores de transtorno mental o acesso aos seus direitos sociais, pois a saúde é uma política pública, ou seja, é direito do cidadão e dever do Estado.

A trajetória do Serviço Social na área da saúde mental se identifica com alguns desafios da atualidade que tem sido ressaltada para a viabilização dos objetivos e metas a serem alcançados. Compreende-se que cabe ao Serviço Social formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde mental.

De acordo com Barbosa (2006, p.114) são atribuições do assistente social: encaminhar providencias e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais, dentre varias outras competências. Regulamentada pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

Segundo CFESS (2010, p. 23):

Na saúde os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional.

O assistente social no seu cotidiano de trabalho precisa ter em sua atuação uma compreensão no que diz respeito às necessidades dos usuários, em sua totalidade, e através de suas ações procurarem ampliar o atendimento a demanda posta por ele, procurando possibilitar a prestação de serviços pautada nos direitos que lhes são assegurados. Para isso, o profissional, precisa ultrapassar a barreira institucional, e fazer alianças que possibilitem o atendimento à demanda.

Com uma atuação diferenciada, o assistente social, visa à compreensão do usuário em sua particularidade, e através de sua intervenção pode ampliar os espaços que são oferecidos aos usuários, buscando assim o devido reconhecimento e garantir a efetivação dos direitos que são assegurados a esses sujeitos.

A saúde mental exige uma nova intervenção que visa romper com práticas imediatas, trabalhando para que se adotem ações interdisciplinares, envolvendo estratégias que mobilizem os atores sociais que atuam dentro da instituição, através dos modelos organizacionais participativos, objetivando dar espaços para um conhecimento ampliado e uma visão crítica.

Historicamente, o Serviço Social na saúde mental do município de Presidente Epitácio, estava inserido apenas para o desenvolvimento de trabalhos burocráticos que não são da competência do serviço social, tais como: marcação de consultas, preenchimento de receitas e atestados médicos, entre outros, fato este que mudou a partir do momento que o serviço social da unidade de saúde deixou de ser exclusivo da saúde mental. O rompimento dessa prática com enfoque nos aspectos burocráticos se deu através da presença de uma nova profissional de serviço social que se posicionou criticamente frente a tal prática.

Atualmente, o trabalho do assistente social atende todas as demandas do sistema de saúde, atua na saúde mental apenas quando requisitado, buscando se ater as ações pertinentes aos serviço.

De acordo com o entrevistado numero 4:

“A identidade profissional do assistente social ainda está ligada a um sentido de ajuda. Frente à demanda da saúde mental, o assistente social trabalha com as famílias proporcionando suporte acerca do transtorno e ações terapêuticas dentro da instituição. A atuação do assistente social deve contemplar tanto a área da psiquiatria quanto a do Serviço Social, realizando acolhimento, oficinas, redes de atenção, visando à cidadania, a autonomia do sujeito e inserção na família, considerando sua totalidade social, o que no momento não ocorre no município devido à falta de estrutura dos profissionais e também da falta de compreensão da importância do serviço.” (Sic)

5 CONCLUSÃO

Conforme já foi demonstrado no decorrer deste trabalho, através da discussão sobre os aspectos históricos e conceituais em relação à saúde mental no município de Presidente Epitácio, constatou-se uma série de dificuldades e desafios para a efetivação dessa política.

A Política de saúde mental apoiada na Lei número 10.216 que regulamenta a assistência psiquiátrica, como está posta “no papel”, não está sendo devidamente efetivada. No entanto, apontamos quais são os desafios para efetivação da mesma, e as possibilidades a partir do trabalho do Assistente Social.

Apontamos as dificuldades que os portadores de transtorno mental e seus familiares possuem na busca pela qualidade do atendimento, na efetivação e garantia dos direitos e o descaso com que são vistos.

O município possui uma demanda grande na área da saúde mental, a estrutura para esse atendimento é precária, existe uma equipe mínima envolvida neste trabalho, esse atendimento é insuficiente, é necessário que se realize uma capacitação com essa equipe, apesar da vontade, os profissionais precisam buscar outras formas de atendimento para essa demanda. Os portadores de transtorno mental e seus familiares precisam de uma atenção especial e um acompanhamento mais próximo, de esclarecimentos com relação à doença e ao tratamento, pois são “especiais” e precisam ser reconhecidos como sujeitos de direitos.

O Serviço Social deve realizar com as famílias um trabalho que proporcione o suporte acerca do transtorno e das ações terapêuticas oferecidas dentro da instituição, visando principalmente, a manutenção dos usuários dentro dos moldes do tratamento atribuídos pelos profissionais de psiquiatria. Deve desenvolver um trabalho que possa garantir aos portadores de transtorno mental o acesso aos seus direitos sociais, precisa ter em sua atuação uma compreensão no que diz respeito às necessidades dos usuários, em sua totalidade.

Para a melhoria da qualidade do atendimento dentro do que se propõe a política de saúde mental, faz-se necessário a implantação do CAPS no município. O CAPS possibilitará um maior espaço para a atuação dos profissionais e uma nova proposta de atendimento para esses pacientes. Essa nova proposta implica em

possibilidades que os usuários formem vínculos, fortaleça os vínculos familiares, desenvolvam suas potencialidades, restabeleça sua vida na comunidade, o que vai favorecer sua reinserção social. No município já existe um projeto de implantação do CAPS, falta apenas à liberação do recurso financeiro para que essa proposta seja efetivada.

O CAPS não deve ser pensado como mais um local de tratamento aos portadores de transtorno mental, mas sim como uma conquista dos pacientes desse sistema, que devem ser vistos como sujeitos de direitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

Brasil, Lei 8.080, de 19/09/1990 – NOB. 2ª Ed. Revista, Ampliada CRESS SP.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

JUNIOR, Benilton Bezerra. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petropolis: Vozes, 1987.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MOTA, Ana Elizabeth... [et al.], (orgs). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; 2008.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lúcia; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto. **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. et al. **Distrito Sanitário:** O Processo Social de Mudança das praticas sanitárias do sistema único de saúde. 4ª Ed. São Paulo: 1999

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. 2. Ed. São Paulo: CORTEZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

BRASIL, Constituição da Republica Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental.** Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=88&tpl=view_participantes> Acesso em: 23 jul. 2010

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária.** Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br.>> Acesso em: 20 mai. 2009.

BALLONE, Geraldo. **As Alucinações e os Delírios na Psicopatologia.** Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n17/doencas/alucinacoes.html>
Acesso em: 06 out. 2010.

BARBOSA, Thais Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social.** Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social – Mestrado 2006. Disponível em: <http://bdt.d.ufal.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=322> Acesso em: 11 out. 2010.

BATISTA, Erica. **O que é o Serviço Social na área de saúde.** Disponível em: <http://www.midiaindependente.org>. Acesso em: 24 mai. 2009.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas Sociais: Fundamentos e História.** Artigo Científico. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/political-science/1807877-pol%C3%ADticas-sociais-fundamentos-hist%C3%B3ria/>> Acesso em: 23 jul. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 19 set. 1990

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 10 de agosto de 2010

BRASIL. Lei Nº 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 Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 10 de ago 2010

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf> Acesso em: 29 de mar. 2010.

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mentais autoras de delito**. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Jurídicas. Pós-Graduação em Ciências Jurídicas área de concentração em direitos humanos. João Pessoa/PB (2007). Disponível em:

<http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh_pessoas_com_transtornos_mentais_autoras_de_delitos.pdf> Acesso em: 14 abr. 2010.

COSTA, Ana Paula de Oliveira. SOUZA, Arécia de. FREITAS, Tatiana Ribeiro Dias de. MENEZES, Maria Ione Vasconcelos de. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO CAPS LIBERDADE 24H DR. WILSON ROCHA EM ARACAJU-SE**. Disponível em: <www.proead.unit.br/professor/.../Artigo%20CBAS%20ATUAL.doc> Acesso em: 16 out. 2010.

Direitos sociais. **Wikipédia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Direitos_sociais> Acesso em: 07 set. 2010

Esquizofrenia paranóide. **Site Blog Esquizofrenia**. Disponível em:

<<http://esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006/02/esquizofrenia-paranide.html>>
Acesso: 02 out. 2010.

FREIRE, Mônica da Consolação Leite. *As Políticas de Saúde Mental no Brasil ontem, hoje, Alternativas e Possibilidades*. Faculdade São Vicente - FASVIPA Pão de Açúcar – AL. (2007). Disponível em: <http://www.fasvipa.com.br/Monica_da_Consolacao.pdf> Acesso em: 14 abr. 2010

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>> Acesso em: 25 ago. 2010.

GOMES, Neyla Georgina Rodrigues. **Política de Saúde Mental no Brasil**. Faculdade São Vicente. Pão de Açúcar/AL (2007). Disponível em: <http://www.fasvipa.com.br/Neyla_Georgina.pdf> Acesso em: 14 abr. 2010.

Iluminismo. **Wikipédia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Iluminismo>> Acesso em: 14 abr. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 10 ago. 2010

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde Mental e Direito: um diálogo entre a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Penal*. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-uacao/deconsoccult/Monografia%20-%20Paulo%20Jacobina%20-%20Saude%20Mental%20e%20Direito.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2010.

KPCH, Alice Sibille, ROSA, Dayane Diomário da. *Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos*. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>> Acesso em: 11 out. 2010.

Lei de saúde mental e as garantias dos direitos dos cidadãos. **Site Advogados.in**. Disponível em:

<http://www.advogados.in/index.php?option=com_content&view=article&id=22:lei-saude-mental&catid=28:direito-das-pessoas&Itemid=39> Acesso em: 23 jul. 2010.

Luzio, Cristina Amélia. **A Atenção em Saúde Mental em Municípios de Pequeno e Médio Portes:** Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Unicamp – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo. (2003). Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000311564>> Acesso em: 28 jul. 2010.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>> Acesso em: 17 mai. 2010.

MACHADO, Ednéia Maria; KYOSEN, Renato Obikawa. **Política e Política Social.** Artigo (Bacharel em Direito) Universidade Estadual de Londrina/ PR. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v3n1_politica.htm> Acesso em: 23 jul. 2010.

MEDEIROS, Andréa dos Santos Silva. **Prisão Perpétua no Brasil:** A situação do louco infrator Prisão. Disponível em: <<http://www.margen.org/suscri/margen29/medeir.html>> Acesso: 14 abr. 2010

Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>> Acesso em: 12 ago. 2010

MOREIRA, Bernadete ; PELLIZZARO, Inês. **Educação em Saúde:** um programa de extensão universitária. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5680/4133>> Acesso em: 06 out. 2010.

Políticas públicas dos direitos sociais. **Site do Direito Social.** Disponível em: <<http://www.direitosocial.com.br/>> Acesso em: 07 set. 2010

PORTO, José Alberto Del. **Conceito e diagnóstico.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003> Acesso em: 02 out. 2010.

Redefinindo conceito de saúde mental. **Redefinindo o conceito de saúde mental em relação á concepção dos direitos humanos.** Disponível em: <<http://psicopsi.com/pt/redefinindo-o-conceito-de-saude-mental/>> Acesso em: 20 abr. 2010.

Reforma Manicomial. **Uma reforma silenciosa e irreversível.** Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom1.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMAN, Monica L. **A origem da liga brasileira de higiene mental e seu contexto histórico.** Rev. Psiquiatr. RS. 2009; 31(1): 82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>> Acesso em: 08 mai. 2010.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>> Acesso em: 01 mai. 2010.

Transtorno mental. **Wikipédia, a enciclopédia livre.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_mental> Acesso em: 01 mai. 2010.

ANEXOS

Lei nº 10.216 - De 06 de abril de 2001

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

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

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

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

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA SAÚDE

1- O que é transtorno mental e como é realizado o atendimento dentro do sistema de saúde do município?

2- Quais os Profissionais que atuam exclusivamente com esta demanda?

3- Quais as dificuldades que são apontadas?

4- O município recebe algum recurso financeiro específico para o atendimento de saúde mental?

5- Para onde são feitos os encaminhamentos, e qual o número de vagas que são oferecidas para o município?

6- Qual o procedimento para internação?

7- Existe algum acompanhamento pós-internação?

8- Como a família reage diante do tratamento? (se existe algum trabalho realizado, orientação, etc)

9- Tendo uma demanda grande nessa área, porque essa falta de estrutura?

10- E o projeto de implantação do CAPS, porque ainda não foi implantado? Qual a dificuldade?

11- Qual o papel do Assistente Social frente a esta demanda?

QUESTIONARIO DE ENTREVISTA COM A FAMILIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

1- Sexo: () Fem () Mas

2- Recebe algum benefício () Sim () Não – Qual: _____

3- Idade: _____

4- Com quem Reside?

5- Como é o dia-a-dia do portador de transtorno mental?

6- Quando foi o primeiro sinal, e como a família reagiu?

7- Quais os recursos que a família buscou além da saúde?

8- O portador de transtorno mental trabalha ou já trabalhou?

9- Cursa ou curso a escola? Até que série? E como é o desempenho?

10- Como é a participação dele na família e na sociedade?

11- Ele contribui com a renda da família ou com as tarefas de casa?

12- O que ele gosta de fazer?

13- Quais as dificuldades que a família enfrenta com o portador de transtorno mental?

14- Como a família avalia o atendimento no município?

15- Quais são as dificuldades?

16- A família tem alguma sugestão para o atendimento?

OBS: _____