

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNESP**

NATÁLIA GARCIA DE FREITAS

Usuários de serviço de saúde mental: o que conhecem sobre os direitos de cidadania.

BOTUCATU

2010

NATÁLIA GARCIA DE FREITAS

Usuários de serviço de saúde mental: o que conhecem sobre os direitos de cidadania.

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, como parte dos requisitos parciais para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.*

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vânia Moreno

Botucatu

2010

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, que esteve sempre junto a mim, nas horas de silêncio me dando forças para continuar,*

*Aos meu pais, **Maria do Rosário e Cláudio**, por todo apoio dado durante todas as minhas conquistas e derrotas, me ensinando a lidar com tudo isso, pelo incentivo nas horas de desânimo e pelo amor incondicional que tenho por eles,*

*À minha irmã, **Camila**, esteve sempre ao meu lado, compartilhando momentos de tristeza e alegria, me dando exemplos e conselhos, os quais, vou levar para o resto da vida comigo,*

*À minha sobrinha, **Estela**, que me ensina a sempre falar a verdade, a sempre preservar a alegria, e a pureza de ser criança, em todos os momentos de minha vida.*

Agradecimentos

Agradeço especialmente, minha professora, orientadora e amiga **Vânia Moreno**, que me despertou o prazer na pesquisa, o amor na psiquiatria, me ouviu nas horas difíceis, me incentivou quando no desânimo, e agora faz com que meu caminho seja muito mais completo com seus ensinamentos.

À **Estela**, enfermeira do CAPS, que me mostrou a alegria no trabalho, me acompanhou na finalização de uma jornada importante da minha vida, e contribuiu muito para que a conclusão dessa etapa fosse o mais agradável possível.

À **equipe do CAPS**, pelo ótimo acolhimento no serviço, pelos conselhos e ensinamentos, pois cresci muito com vocês.

Aos **usuários do CAPS**, em especial aqueles que fizeram parte do meu trabalho, pela vivência, da qual consegui extrair muitos ensinamentos e exemplos de vida.

Aos funcionários **do Departamento de Enfermagem** e da **Graduação**, que me ajudaram, muito nas partes que não domino, e que são necessárias para a conclusão deste trabalho.

Às minhas amigas, **Bruna, Mariana, Ana Paula e Linda**, que nas horas em que pensei em jogar tudo pro alto por causa das dificuldades, vocês estavam presentes, como uma nova família. Obrigado pelos sorrisos, por ouvirem meu choro, por e principalmente porque cheguei ao final dessa etapa de cabeça erguida simplesmente por ter vocês ao meu lado.

Às minhas amigas, **Flávia, Anna Cecília e Joyci**, que apesar da distância que há entre nós, o fato de eu ter a certeza que quando eu precisar vocês estarão sempre lá, faz com que a vida seja mais leve e a conclusão desse trabalho fosse mais simples.

Usuários de serviço de saúde mental: o que conhecem sobre os direitos de cidadania.

Resumo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa que buscou apreender o que os usuários que realizam tratamento em um serviço de saúde mental conhecem a respeito de seus direitos. Utilizou-se como estratégia de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados cinco usuários. Para análise de dados utilizou-se a análise de conteúdo na vertente temática, sendo que emergiram três categorias: processo de adoecimento, vivências do tratamento e direitos dos usuários. Os usuários relatam experiências de internação voluntária e involuntária e, que após o início o tratamento no centro de atenção psicossocial perceberam mudanças significativas na atenção em saúde mental. Referem que desconhecem a legislação em saúde mental, porém conhecem os direitos advindos da convivência com o transtorno mental. Para que os usuários possam reconhecer e usufruir dos seus direitos de cidadania há necessidade de conscientização por parte dos trabalhadores de saúde implicando também na formação acadêmica.

Descritores: saúde mental; direitos humanos; legislação.

Users of a mental health service: what they know about citizens' rights

Abstract

This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. It aimed at apprehending what users undergoing treatment at a mental health service know about their rights. A semi-structured interview was used as a data collection strategy. Five users were interviewed. Thematic content analysis was used for data analysis, and three categories emerged: process of falling ill, experiences of treatment and users' rights. The users reported voluntary and involuntary hospitalization experiences and that, after treatment commencement at the psychosocial care center, they perceived significant changes in mental health care. They reported that they did not know the mental health legislation, but they knew about the rights stemming from experiencing mental disorder. For users to be able to recognize and take advantage of their citizens' rights, awareness must be developed by health care professionals, which also includes their academic education.

Key words: mental health; human rights; legislation.

Sumário

1. Introdução	7
2. Objetivo	20
3. Método	21
3.1. Tipo de estudo	21
3.2. Local de estudo	21
3.3. Sujeitos do estudo	24
3.4. Coleta de dados	24
3.5. Instrumento da coleta de dados	25
3.6. Análise dos dados	25
3.7. Procedimentos éticos	26
4. Resultados e Discussão	27
4.1. O processo de adoecimento	27
4.2. Vivências do tratamento	27
4.3. Os direitos dos usuários	32
5. Considerações finais	38
6. Referências Bibliográficas	40
7. Anexos	45

Usuários de serviço de saúde mental: o que conhecem sobre os direitos de cidadania.

Introdução

A luta pelos direitos dos portadores de sofrimento psíquico esteve sempre em pauta desde o surgimento do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A trajetória deste processo permite visualizar como foi à construção dos direitos.

A segunda metade da década de 70 foi marcada pelo início do processo de democratização do país, após o regime militar imposto em 1964. A transição foi controlada e o processo de abertura foi “lento, gradual e seguro”.

A assistência psiquiátrica durante o regime militar foi marcada pela ampliação e manutenção da rede hospitalar privada, o que ocasionou um aumento significativo na oferta de leitos psiquiátricos e uma elevação significativa da população internada, pois não havia nenhuma forma de controle das internações⁽¹⁾.

No período de transição para a democracia, na conjuntura da abertura ocorre um intenso debate público sobre os rumos da nação quanto à democracia e principalmente havia um pedido de medidas que restaurassem a liberdade e garantia de direitos⁽²⁾.

Neste contexto social, em 1976, um grupo de médicos sanitaristas propõe a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) com o objetivo de organizar a produção teórica e as práticas no campo da Saúde Pública⁽³⁾.

A necessidade de transformação no setor saúde deu origem ao movimento sanitário que partiu de um questionamento sobre a relação entre a saúde e condição de vida, incluindo seus determinantes econômicos, políticos e sociais⁽⁴⁾.

Em 1978, no Rio de Janeiro, jovens médicos psiquiatras realizaram uma série de denúncias sobre as condições de trabalho na unidade hospitalar e irregularidades ali existentes. Esse acontecimento repercutiu fora do hospital e recebeu apoio de entidades como o CEBES e o Movimento da Renovação Médica (REME). Assim foi constituído o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)⁽⁵⁾.

O período de 1978-1980 foi marcado por articulação e discussão a partir do MTSM, através de eventos próprios do movimento, ou seja: I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1979) e Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1980) e, estratégias de ocupação de eventos promovidos por instituições tradicionais no campo da psiquiatria: V e VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978, 1980)⁽²⁾.

A década de 80 trouxe a consolidação da luta pela transformação da assistência psiquiátrica. Pautada no objetivo de garantia de assistência digna, e os temas da cidadania e direitos humanos dos portadores de transtorno mental tornaram-se foco principal das ações do movimento⁽²⁾.

Em março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutida a unificação do sistema de saúde, conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado e financiamento do sistema⁽⁴⁾. Esses aspectos foram aprofundados em discussão do movimento sanitário e veio a se tornar a base do texto constitucional aprovado em 1988.

Em desdobramento a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi proposta conferências específicas, dentre elas a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Esta conferencia foi realizada em junho de 1987 e organizada a partir de três temas básicos: 1) economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e a doença mental; 2) reforma sanitária e reorganização da assistência a saúde mental; 3) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental⁽⁶⁾.

A temática da cidadania e dos direitos dos portadores com transtorno mental propõe uma revisão das questões relacionadas à doença mental abarcando o código civil, penal, legislação sanitária e trabalhista. Cabe a ressalva que a garantia dos direitos civis e humanos era a tônica principal do conteúdo das recomendações^(2,7).

Os temas inimizabilidade, periculosidade, incapacidade civil, interdição são debatidos como forma de garantir os direitos dos portadores de sofrimento psíquico.

Discutiu-se também a internação psiquiátrica entendendo que está não é apenas um ato médico, mas um ato civil, na medida em que poderia implicar em perda de direitos civis dos pacientes psiquiátricos internados⁽²⁾.

Na I Conferencia Nacional de Saúde Mental não estava prevista a participação dos usuários e familiares, sendo que só veio a acontecer após um quadro de confronto entre o MTSM e Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), organizadores do evento, que buscavam atribuir a esta conferência um caráter congressual⁽⁵⁾.

Em dezembro de 1987 em decorrência do I Conferencia de Saúde Mental e da reavaliação das estratégias do MTSM é realizado em Bauru o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental^(2,3).

Os rumos do MTSM sofreram uma radical transformação, deixando de ser uma agremiação de técnicos e reconstruindo-se no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que assume uma premissa básica enquanto estratégia na sociedade^(2,3).

O ano de 1988 foi marcado pelo processo de aprovação da Constituição Cidadã pela Assembléia Constituinte.

Em maio de 1989, ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos devido à situação de violência que vinham ocorrendo em seu interior. Possibilitando por em prática a desmontagem do aparato manicomial com a conseqüente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substituindo o modelo psiquiátrico tradicional, agregando experiências culturais e sociais⁽³⁾.

A experiência santista tornou possível que o Deputado Paulo Delgado, em setembro de 1989, apresenta-se o Projeto de Lei nº 3.657 na Câmara dos Deputados⁽³⁾.

O projeto de lei do Deputado Paulo Delgado dispõe sobre a reorientação do modelo assistencial, com a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos e a substituição progressiva dos leitos existentes e ainda regulamenta a internação compulsória, introduzindo a instância jurídica como foro de revisão da internação e instrumento de garantia de direitos civis⁽²⁾.

O Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei em um momento em que a experiência de Santos apontava para uma reorientação no modelo de atenção, porém enfrentou várias dificuldades para a sua aprovação. Sendo muito debatido tanto pelo legislativo, pela mídia e pelos fóruns que agregava de forma acalorada os pacientes, familiares que se organizaram em associações para defender ou atacar o projeto de lei⁽⁸⁾.

Durante doze anos este projeto transitou pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal e, sua aprovação só aconteceu em 2001, tornando-se a Lei 10.216, ou seja, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A Organização das Nações Unidas, em 1990, divulga a carta sobre “A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental” pautando-se na Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece a reafirmação da liberdade e dos direitos fundamentais a todas as pessoas acometidas de transtorno mental⁽⁹⁾.

Para esta investigação destacamos os princípios referentes ao tratamento, ou seja: o tratamento deverá ser informado e autorizado pelo usuário desde o uso da medicação como as internações que se fizerem necessárias. O tratamento não deverá entregar a restrição física e o isolamento que quando acontecerem deverão ser anotados no prontuário dos usuários⁽⁹⁾.

Indica as formas de internação voluntária e involuntária⁽⁹⁾.

Quanto aos direitos dos usuários indicam que estes deverão ser informados tão logo ocorra a internação de acordo como os princípios do documento utilizando uma linguagem clara que permita a compreensão e os modos de exercê-los⁽⁹⁾.

No caso do usuário estar incapacitado de compreender as informações, pelo tempo que assim estiver seus direitos deverá ser comunicados a pessoa legalmente incumbida de representar seus interesses⁽⁹⁾.

Em 1992 foi realizada em Brasília a II Conferencia Nacional de Saúde mental, cujo tema: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito a cidadania”. O relatório final apontou dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania⁽¹⁰⁾. A vinculação entre cidadania e saúde é explícita, tornando-se eixo norteador para o modelo de atenção a ser construído⁽²⁾.

A discussão sobre cidadania baseava-se nos direitos e legislação e apontava para a necessidade da revisão como forma de revogar o Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934 e,

também criar um mecanismo que garantisse o tratamento humanizado, proibindo práticas violentas e em serviços extra-hospitalares.

O Ministério Público é colocado como ator, junto com a autoridade sanitária e o conselho local de saúde para avaliar as internações e como forma de garantir a proteção do usuário⁽¹¹⁾.

É solicitada a aprovação imediata do projeto de Lei Paulo Delgado, devido a sua importância para a consolidação da reforma psiquiátrica⁽¹¹⁾.

A partir do final da década de 80 e início de 90, ocorreram mudanças estruturais no modelo assistencial e neste contexto foram criados serviços de atenção diária e com bases territoriais, como núcleos e centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e implantados hospitais dias e estes dispositivos tomaram a forma como são conhecidos hoje⁽²⁾.

Com a abertura de novos serviços o Ministério da Saúde promulgou a portaria 189 e 224 em 1992, que estabeleceram e regulamentavam procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial⁽¹²⁾.

Em 1993, foi realizado em Santos o III Encontro de Saúde Mental da Luta Antimanicomial, onde foi elaborado a Carta de Direitos dos usuários e familiares de serviços de saúde mental. Em síntese a carta dos direitos discorre sobre os direitos civis e sociais dos usuários, indicam que os serviços de saúde mental devem prestar uma assistência digna em espaços democráticos, abertos e gratuitos. Reivindica o fim de terapêuticas involuntárias e violentas. Participação do usuário nas tomadas de decisões sobre seu tratamento⁽¹³⁾.

A carta dos direitos não apresenta novidade em seu texto, já que estas reivindicações já haviam constado de outros documentos, mas representa uma posição de mobilização que

em seu conjunto expressam o pensamento dos usuários sobre os direitos a serem garantidos pelo movimento⁽¹³⁾.

O período de 1994 a 2001 foi marcado pela expansão da rede de atenção psicossocial com a implantação de NAPS, CAPS e outros dispositivos de atenção psicossocial em todo o território nacional.

Em abril de 2001 é sancionada a Lei 10.216, depois de tramitar por 12 anos pelo Congresso Nacional e não ter sido aprovada de forma unânime pelos idealizadores da Reforma Psiquiátrica⁽²⁾.

A lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 1º trata dos direitos humanos, no artigo 2º refere-se que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa, seus familiares ou responsáveis são formalmente cientificados dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental. São direitos garantidos: acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde de acordo com suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito, ser protegida contra abuso e exploração, ter garantia de sigilo das informações prestadas, ter direito a presença médica, ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, receber informação a respeito de sua doença e tratamento, ser tratada em ambiente terapêutico e preferencialmente em serviços comunitários^(12,14).

A lei 10.216 define três tipos de internação: a voluntária, involuntária e a compulsória.

A internação voluntária poderá acontecer a pedido do próprio usuário ou através do convencimento do profissional de saúde através da construção de um vínculo positivo⁽¹⁵⁾.

A internação involuntária é o procedimento mais complexo, pois implica em internar o usuário sem o seu consentimento. Neste caso a internação involuntária deverá ser comunicada

ao Ministério Público no prazo de 72 horas pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido a internação^(7,14).

A internação compulsória é aquela determinada pelo Poder Judiciário. Nesta modalidade houve pouca modificação do primeiro decreto que regulamentava este tipo de internação⁽⁷⁾.

Em síntese: a Lei 10216/01 permitiu a regulamentação das internações em hospital psiquiátrico e colocou em ação um dispositivo de segurança e a proteção dos direitos do portador de transtorno mental⁽¹¹⁾.

Ao colocar o Ministério Público, como ator deste processo promove uma inovação, produzindo efeitos interessantes nas atividades e responsabilidades de proteção das pessoas em sofrimento mental^(7,12). E, a participação de uma instituição de Direito, contribui para que o portador de transtorno mental tenha um órgão ao qual recorrer para que exerça seus direitos e tenha garantia de condição de cidadão⁽⁷⁾.

Em 2002 o Ministério da Saúde promulga a Portaria 2.391/GM, que regulamenta o controle de internações voluntárias e involuntárias e os procedimentos de notificação ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde⁽¹¹⁾.

Em dezembro de 2001, foi realizada a III Conferencia de Saúde Mental tendo como tema “Cuidar sim, excluir não”. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.

As recomendações sobre direitos e cidadania apontam para políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtorno mental, incentivando o exercício da cidadania plena⁽¹⁵⁾.

Deve ser incentivada a instituição de parcerias entre o Poder Público e as organizações não governamentais (ONG) locais no desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão social⁽¹⁵⁾.

A necessidade de debate e revisão dos artigos dos códigos civil e penal que digam respeito às pessoas acometidas por transtorno mental⁽¹⁵⁾.

E ainda é recomendado:

“Divulgar leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência em saúde mental junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade”. (p.135)⁽¹⁵⁾.

Após a promulgação da Lei da Saúde Mental o Ministério da Saúde vem elaborando portarias que dão as instruções necessárias ao cumprimento da Lei.

A Portaria 251/2002 estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, institui a classificação dos hospitais por pontuação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), privilegiando os estabelecimentos de menor número de leitos e com potencial para o atendimento menos impessoal⁽¹¹⁾.

A assistência hospitalar deve estar em consonância com o modelo de atenção comunitária, articulado em rede diversificada de dispositivos territoriais, sendo que a porta de entrada deve estar situada no serviço territorial de referência do hospital. No atendimento hospitalar é proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes), resguarda a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e deve haver registros adequados nos prontuários sendo garantida a periodicidade pelos profissionais envolvidos no tratamento⁽¹⁴⁾.

O atendimento hospitalar deve ter um projeto terapêutico que atenda as necessidades do paciente e de sua família, executadas por uma equipe multiprofissional e que garanta a continuidade do tratamento no serviço territorial⁽¹⁴⁾.

A Portaria 336/2002 estabelece a distinção entre os Centros de Atenção Psicossocial, classificando-os segundo a abrangência e complexidade, sendo considerado um serviço comunitário ambulatorial que se responsabiliza pelo cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, principalmente os transtornos severos e graves utilizando como referencia seu território. A atenção deve pautar-se em ações dirigidas aos usuários e familiares e também em atividades comunitárias que busquem a inserção social, através do respeito às possibilidades individuais e balizando-se nos princípios da cidadania, visando diminuir o estigma e promovendo a inclusão social⁽¹⁶⁾.

Outras portarias foram promulgadas a partir de 2002 visando a adequação dos serviços a Lei 10.216/01 e também outras estratégias tem sido utilizadas como forma de consolidar o processo de Reforma Psiquiátrica.

Em 2010 foi realizada a IV Conferencia de Saúde Mental tendo como tema central: Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios e seu objetivo foi promover o debate como os diversos setores da sociedade de modo a alcançar propostas e recomendações para o Sistema único de Saúde (SUS) e demais políticas sociais sobre o tema⁽¹⁷⁾.

Neste cenário a intersetorialidade se constituiu um dos principais desafios à atenção em saúde mental e destacamos novamente de ampliação da garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental e necessidade de uma intensa discussão da cidadania como princípio ético das políticas sociais, voltadas para o campo da saúde mental. Indicando para

parceiros privilegiados como a Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério da Justiça e o Ministério do Trabalho, entre outros⁽¹⁷⁾.

A reforma psiquiátrica é um processo, em constante movimento, envolvendo atores sociais onde existem interesses, formulações em conflitos e negociações e, que se articula em quatro dimensões. A primeira dimensão se refere ao campo epistemológico ou *teórico-conceitual*, é o campo que diz respeito à produção de saberes e conhecimentos que fundamenta o saber/fazer médico-psiquiátrico, ou seja, o isolamento, tutela, vigilância⁽¹⁸⁾. Os saberes e fazes que pautam a prática cotidiana estão embasados no processo de desinstitucionalização que é entendido como um trabalho prático de transformação que se inicia dentro da instituição e busca desmontar a lógica existente para a solução do problema. Transforma-se o modo como as pessoas são tratadas, ou seja, coloca-se como referência o sofrimento e não mais a doença. Desta forma para enfrentar o problema é necessário um conjunto de estratégias elementares, complexas e cotidianas⁽¹⁹⁾.

A dimensão *técnico-assistencial* busca um modelo que se contraponha ao tratamento moral, a disciplina, a punição corretiva e a interdição. Os serviços de saúde mental devem ser entendidos como dispositivos estratégicos como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais⁽¹⁹⁾. Os serviços de saúde mental devem buscar solucionar o problema de forma diferente ao que é proposto pelo hospital psiquiátrico que envolve um percurso crítico visando a reorientação de todos os elementos constitutivos de uma instituição⁽²⁰⁾.

A dimensão *jurídico-política* rediscute e redefini as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. Nesta dimensão sabemos que a cidadania e direitos não estão diretamente relacionados com a legislação vigente, mas, com a mudança de atitude^(18,19).

A quarta dimensão é a *sócio-cultural* que expressa o objetivo maior do processo da reforma psiquiátrica, ou seja, é o conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, modificando as relações entre sociedade e loucura⁽¹⁸⁾.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo porque se configura pela articulação de quatro dimensões que se inter-relacionam e que nenhuma teoria é capaz de compreender quanto a sua complexidade e totalidade⁽¹⁸⁾.

Nas quatro dimensões se configuram o Campo da Atenção Psicossocial e são fundamentais para garantir que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico possam ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com suas necessidades e que seja tratada com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação, pela inserção na família, trabalho e comunidade, conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica⁽¹⁵⁾.

Nesta investigação privilegiaremos as dimensões técnico assistencial e jurídico-político, onde se rediscute a questão da desinstitucionalização e dos direitos civis, políticos e sociais do portador de sofrimento psíquico, configurando-se os direitos de cidadania.

No estudo clássico de T.H. Marshall, sobre a cidadania, esta seria composta dos direitos civis e políticos – direitos de primeira geração e, dos direitos sociais – de segunda geração⁽²¹⁾.

A diferença colocada pelo autor está no tempo de conquista destes direitos, os primeiros ligados a concepção liberal clássica (século XVIII e XIX), ou seja, direitos individuais, igualdade, propriedade e os políticos vinculados a participação política e liberdade de associação e reunião⁽²²⁾.

Os direitos sociais foram conquistados no século XX decorrente das lutas do movimento operário e sindical. São os direitos à saúde, educação, aposentadoria, seguro-desemprego enfim, a garantia de acesso aos meios de vida e bem estar social⁽²¹⁾.

A temática da cidadania esteve presente no processo de redemocratização da sociedade brasileira na década de 70 e 80. Incorporada a linguagem de movimentos sociais que lutavam pela saúde e saúde mental.

Como vivemos em um Estado democrático, sociedade aberta, que permite a criação de novos direitos, os movimentos sociais em suas lutas transformam os direitos declarados em direitos reais.

E ainda, os direitos sociais abarcam os direitos daqueles denominados “minorias” que no caso da saúde mental, busca garantir os direitos já conquistados e conquistar novos direitos para os portadores de transtorno mental.

Portanto, a necessidade de uma nova noção de cidadania onde: há possibilidade de usufruir os direitos existentes, mas também inventar novos direitos; é uma estratégia dos excluídos com a definição dos direitos pelos que não são considerados cidadãos; se constitui num desenho mais igualitário das relações sociais e estabelece uma convivência com a sociedade civil⁽²³⁾.

A cidadania do portador de transtorno mental está presente nos textos das três Conferências de Saúde Mental e em textos de articuladores técnicos e políticos envolvidos com o processo da Reforma Psiquiátrica⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Atualmente podemos assinalar que ocorreram mudanças no plano legislativo, jurídico e administrativo com relação à Reforma Psiquiátrica. Existe a Lei da Saúde Mental que reorienta o modelo assistencial, garante um tratamento humanizado quando da internação e,

regulamenta as internações psiquiátricas, portarias que classificam os serviços e regulamenta seu funcionamento, sabemos no entanto que a cidadania se conquista no cotidiano, nas relações diárias micro e macrossociais⁽²⁹⁾.

Objetivo da pesquisa

O objetivo dessa pesquisa é apreender o que os usuários de um serviço de saúde mental conhecem a respeito da legislação vigente que assegura dos portadores de transtorno mental no tratamento hospitalar, nos serviços ambulatoriais territoriais e na inserção da comunidade.

Método

Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo exploratório, onde inicialmente o pesquisador buscou aumentar seu conhecimento a respeito de como foi a trajetória da conquista dos direitos dos portadores de transtorno mental e a partir daí foi delimitada a pesquisa descritiva que teve como objetivo conhecer os saberes dos usuários que realizam tratamento em um serviço de atenção diária territorial a respeito da legislação em saúde visando o aprimoramento das idéias^(30,31).

Optou-se pela natureza qualitativa, pois não buscávamos generalizações mais o aprofundamento e abrangência da compreensão sobre o que usuários de um serviço de saúde mental conhecem sobre a legislação em saúde, permitindo assim exercer seus direitos de cidadania⁽³²⁾.

Local de estudo:

Este estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo” localizado na cidade de Botucatu. Este CAPS surgiu em 1998 a partir de um processo de negociação dos trabalhadores Hospital Professor Cantídio de Moura Campos^(33,34).

Em 1995 esses profissionais começaram o processo de negociação para que fosse permitido a abertura de serviços extra-hospitalares que garantissem aos usuários novas perspectivas, como uma nova forma de cuidar, com um olhar diferenciado desses profissionais para os usuários^(33,34).

Para que fosse possível colocar isso em prática a diretoria técnica do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos disponibilizou uma equipe mínima e a direção regional de saúde disponibilizou o segundo andar do ambulatório de especialidades sendo permitido a abertura do CAPS^(33,34).

Em 1999 houve um processo seletivo feito pelo Hospital para compor a equipe que atenderia no Centro de Atenção Psicossocial, assim com a ajuda da banca examinadora deste processo seletivo foi criado um projeto do serviço visando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial^(33,34).

Assim o CAPS iniciou seu atendimento em fevereiro de 2000 com os seguintes objetivos: “1) Atender os usuários portadores de sofrimento mental, evitando ao máximo as internações psiquiátricas; 2) Desenvolver trabalho interdisciplinar que permitisse aos usuários e profissionais potencializarem suas capacidades; 3) Oferecer à clientela uma proposta terapêutica alicerçada no respeito às suas singularidades; 4) Atuar frente à comunidade possibilitando melhorar a compreensão da doença mental, sensibilizando-a para novas práticas de assistência; 5) Integrar-se à rede de serviço de saúde de Botucatu e região atuando como um serviço de referência e contra-referência; 6) Oferecer campo para ensino, pesquisa e aprimoramento profissional”⁽³⁵⁾.

Pode-se perceber que a equipe ao formular os objetivos para o CAPS Espaço Vivo pautava-se no pressuposto da Reabilitação Psicossocial que pode ser entendida como um processo que implica na abertura de espaços de negociação entre usuários, familiares e

comunidade e para os serviços que cuidam dos usuários. A dinâmica de negociação deve ser contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes ⁽³⁶⁾.

Quando o CAPS iniciou seu funcionamento a Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992 que regulamentava o funcionamento, sendo consideradas unidades de saúde locais/regionalizadas atendendo uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. Podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental ⁽³⁷⁾.

A partir da Portaria 336/02 os CAPS foram definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, sendo um serviço de atenção diária. E dentre suas características salienta-se: responsabilizar-se, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território ⁽³⁷⁾.

Dentre as atividades previstas para os portadores de transtorno mental grave e persistente pela Portaria 336 estão: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família e

atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social⁽³⁷⁾.

O CAPS “Espaço Vivo” é um serviço vinculado ao Centro de Atenção Integral a Saúde – CAIS “Prof Cantídio de Moura Campos”, é regional e atende municípios do Departamento Regional de Saúde – DRS VI – Bauru.

Segundo o Ministério da Saúde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país⁽³⁷⁾.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabendo o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, visando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os serviços realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana⁽³⁷⁾.

O CAPS “Espaço Vivo” desde o ano de 2008 vem respondendo pelo atendimento a população de moradores que vivem em residências terapêuticas, sendo que os profissionais que antes estavam locados na equipe de moradores compõe agora a equipe do CAPS.

Sujeitos do estudo:

Foram entrevistados cinco usuários, sendo quatro homens e uma mulher, a idade variou de 35 a 51 anos. Dois eram separados, dois solteiros e um viúvo. Quanto ao grau de escolaridade variou do ensino fundamental completo até o nível universitário. E quanto a situação empregatícia: um está desempregado, um encontra-se afastado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), um encontra-se contribuindo para o INSS, um recebe benefício de ação continuada (LOAS) e um está aposentado.

Coleta de dados:

Inicialmente o projeto foi explicado durante a reunião de equipe que ocorre todas as sextas feiras à tarde no CAPS.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes. Elegeram-se cinco usuários que estavam em tratamento no serviço e que foram indicados pela equipe multiprofissional.

A coleta de dados foi realizada no período de 15 a 29 de setembro de 2010. As entrevistas tiveram um tempo médio de 20 minutos e foram gravadas em aparelho de áudio.

Instrumento de coleta de dados:

Foi utilizada uma entrevista semi estruturada com as seguintes questões norteadoras: tempo que está em tratamento nos serviços de saúde mental? Você conhece os direitos dos portadores de transtorno mental? Quais? Aonde obteve estas informações? Quando tem alguma dificuldade com relação ao tratamento onde busca informações?

A entrevista permite estabelecer um diálogo com o entrevistado buscando atingir o objetivo da investigação.

Análise dos dados

Utilizou-se a análise de conteúdo, que se constitui uma técnica de análise visando obter através de procedimentos sistemáticos a descrição do conteúdo das mensagens⁽³⁸⁾.

Após a coleta e transcrição das entrevistas, as mesmas foram analisadas individualmente buscando identificar os padrões relevantes.

Em um segundo momento as entrevistas foram organizadas visando comparar as diferentes respostas e elaborando os núcleos de sentido que compõe a comunicação e o seu significado através de palavras, frases ou temas que sejam relevantes ao objetivo do estudo, ou seja, a vertente utilizada foi à análise temática⁽³⁸⁾.

A entrevista com cinco usuários permitiu atender os objetivos iniciais da investigação.

Após a análise foram elaboradas as seguintes categorias temáticas: **processo de adoecimento, vivências do tratamento e direitos dos usuários.**

Esses dados correlacionados com os existentes na literatura permitiram uma análise em profundidade do tema estudado para a elaboração do relatório final.

Procedimentos éticos:

Os aspectos éticos da pesquisa seguem o cumprimento das recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Foi solicitada primeiramente a autorização à direção da instituição em que seria desenvolvida a pesquisa. Sendo então encaminhada para o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. O projeto de pesquisa foi protocolado no sob o nº 3079/2009-CEP e recebeu parecer favorável of. 13/09.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, apresentados os termos de consentimento por escrito e garantidos o acesso aos dados e garantia de anonimato.

Resultados e Discussão

O processo de adoecimento

Os usuários relatam como vivenciaram o processo de adoecimento passando então a realizar tratamento nos serviços de saúde.

Usuário A - “Minha família, então tinha muita desconfiança do meu pai, uma vez eu saí de madrugada pra compra um cigarro, ele já achou outra coisa, que antes funcionava ali de madrugada é... na... ali o bar da rodoviária, e eu só fui compra um cigarro e eles achavam que eu fumava. Quando morreu minha mãe, fiquei tempo sem dormir, ficava na televisão até... até fechar o canal... ficava na televisão, e eu fui ficando muito sem dormir, eu tinha 17 anos, ai que atacou a... depois que minha mãe morreu, ai que atacou os problemas meu, porque ela morreu muito nova, morreu com 45 anos. Ela que dava conselho, ela que arrumava emprego pra mim naquela época... naquela época não existia currículo, só de conversar com a pessoa conseguia emprego mais fácil.”

Usuário D - “Eu já passei, na verdade eu tinha uma espécie de paranóia, que eu tinha na cabeça e eu fiquei com essa paranóia durante dois anos, fiquei assim...eu precisei de tratamento durante dois anos pra sair essa paranóia da minha cabeça, só depois de dois anos que saiu.”

Investigações realizadas apontam que os usuários, na maioria das vezes, relatam que esta vivência de adoecer modifica a forma de ver o mundo e estabelece uma relação de vigilância por parte da família^(39,40).

Vivências do tratamento

Um dos significados que surgiu na experiência das entrevistas realizadas foram as vivências do tratamento psiquiátrico, os usuários relatam que foram necessárias internações no hospital psiquiátrico em decorrência da sintomatologia apresentada, mas nem sempre com o consentimento do próprio usuário.

Usuário A - “Ah, meu irmão chamava a ambulância e a polícia, pra ir lá até a médica, e ela falou se você se sentir mal, se você achar alguma coisa você pode voltar, esqueci o nome dela... você pode voltar aqui, mas não precisa disso...de vim com a polícia, de não sei o que... e o meu irmão não entendia isso.”

Usuário C - “Não, a minha médica era a Dra. Sumaia, ela que decidia [...] Na ultima da Dra. Sumaia não deu pra falar porque eu fiquei pra fora, e eu realmente como filho de... como filho de senhor e senhora eu fui treinado, eu estava sem capacidade crítica e meu pai e minha mãe pensaram no futuro que eu pudesse casar, eles pensaram futuramente os meu pais, por isso que eu fui internado, tipo à força, as vezes.”

Usuário D - “[...] mas teve época que eu fui forçado, fui forçado assim, nunca fui preso, levado pela policia... essas coisas não, mas minha mãe conseguiu me internar assim, eu... sem o consentimento meu, pra mim eu ficava “maluco beleza” assim... andando pra lá e pra cá, e tudo bem... o que eu fazia corre pra baixo, corre pra cima e tava tudo bem, então eu não tinha muito o que... o que... vamos assim dizer sem muita critica em relação a minha doença, quando eu tava em surto... tipo essa eu tive surto... todo ano eu tinha surto, entendeu?”

Usuário E - “Não, não, não tive oportunidade, tanto é que a ultima internação minha irmã pegou, me chamou pra tomar um sorvete na casa dela, eu tava sem fazer nada em casa, e de repente a hora que eu vi ela tinha me levado lá no...no... eu não tinha feito nada pra internação, que foi em 2008, inclusive até um dia anterior eu tinha sido agredida pelos policiais da guarda municipal...”

Desde 1991 com a Carta de Princípios para a “Proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental” existe uma preocupação quanto à forma de internação dos usuários em hospitais psiquiátricos.

Reforçando esta proposição a Lei 10.216/01 também indica a necessidade que o usuário receba um tratamento digno e as internações quando necessárias com seu consentimento.

Porém, poucas as vezes, os usuários relatam a necessidade de internação:

Usuário B - “Todas as vezes por livre e espontânea vontade.”

Usuário B - “Não, não foi a força não, eu que quis ir... eu fiquei... a primeira vez eu fiquei... ah... vendo coisas demais, vendo coisas demais... e agora ultimamente que eu to fazendo tratamento, sinto que tem um objeto do além que capta a minha mente e faz eu... eu olhar, filmar, filmar parece que eu to filmando vocês duas agora, to filmando, como vocês tão, as perguntas que vocês fazem, é eu to filmando vocês, mas não é eu... alguém do outro mundo, superior a mim, que me usa.”

Usuário D - “Então, eu pedi numa... numa última... foi que eu tava muito ruim mesmo, entendeu? Eu vi que não tinha...”

Pode-se pensar a partir daí que o usuário quando realiza tratamento regular em serviços de saúde mental é capaz de discriminar a sintomatologia apresentada e a indicação de um espaço mais restritivo frente às ações que pode realizar.

Mas, a vivência no hospital psiquiátrico é marcada por uma situação traumatizante onde não são respeitados os direitos e a possibilidade de alta torna-se um imperativo, uma solicitação feita no cotidiano hospitalar a todos os trabalhadores da instituição.

Usuário D - “Ah sim, eu conversava com todo mundo, eu fazia das tripas coração, ia desde os faxineiros até o mais alto escalão lá até, pra ver que eu queria alta... e a alta minha demorava em média dois meses, em média eu diria que demorava dois meses.”

Usuário A - “Ó, quando eu vi eu já tava lá... eu nem sabia onde que eu estava direito... isso acontece... parecia que eu estava num

presídio, depois que minha mente foi voltando, aí o enfermeiro lá falou “ eu sou seu amigo “A”, você sabe onde que você ta?” eu falei não sei onde que eu estou, de tão traumatizado que eu fiquei.”

Usuário C - “Realmente, todas as internações minhas violaram os direitos humanos, isso que eu tenho pra falar do fundo do meu coração, todas.”

Usuário E - “Ah, é traumatizante, você fica tudo fechado, à base de medicamento, não recebe visita, é poucas visitas que recebe, só recebia da minha irmã, o resto dos meus irmãos não iam visitar... então você fica bem isolada.”

Usuário D - “Ah sim... não uma coisa... a partir do momento que você entra no hospício a primeira coisa que você pensa é na alta, entendeu? A alta seria a palavra mais... mais... você está de alta é... como se você ouvisse que você ganhou na mega sena, entendeu? Porque é muito difícil a... uma situação de internação, o camarada sofre muito, é primeiro por estar doente, estar amarrado, estar sendo... vamos assim dizer... o ambiente ali é muito sofrido, é muito sofrido então... mas... e depois por assim até pela vergonha de ser internado, entendeu? Depois, é tipo você acaba tendo vergonha dos amigos, depois que você sai também, não é só lá dentro, lá dentro a partir do momento que você começa a adquirir consciência, começa a recuperar a consciência, você acaba ficando com vergonha daquilo tudo, entendeu? Você acaba ficando com vergonha!”

Usuário D - “Quis sair e eles não me deram alta daí, a primeira vez sim, que nem eu expliquei, eu não tinha consciência que eu tava dentro do hospital psiquiátrico, depois que eu... que eu... vamos supor, a partir do momento que eu tive consciência que eu tava no hospital psiquiátrico, eu não queria ficar mais lá não, eu entrava cortava a barba, melhorava o cabelo e eu já enjoava já, entendeu? Porque não é fácil hospital psiquiátrico.”

É necessário a retomada da Carta de Princípios⁽⁹⁾, ao discorrer sobre a colocação dos usuários quanto a questão da vivência da internação, pois ela indica que:

“Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.”p.6

Após a internação em um hospital psiquiátrico os usuários são encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e realizam comparações:

Usuário D - “Então, aí... aí é um mal necessário, porque eu acho que o hospital psiquiátrico é um mal necessário, e é mesmo, porque tem situação que se a pessoa não for internada acaba cometendo algum delito, algum tipo de delito, então é um mal necessário, você tá passando por aquilo mas você não te como escapar...”

Usuário D - “Lá no fundo eu tenho muito a agradecer, digo isso porque antigamente não tinha CAPS aqui em Botucatu, não tinha nada disso, era o único recurso que poderia ajudar, depois que você sai fala, poxa vida, to... fizeram certo, estavam coberto de razão quando me internaram. Independente do consentimento ou não, aí...”

Vemos que como citado em outra pesquisa, frente às dificuldades em construir um cotidiano na sociedade e a falta de perspectivas, aparecem às contradições nas falas, ao mesmo tempo em que os pacientes não desejam permanecer no hospital, a internação se apresenta como uma alternativa de vida⁽⁴¹⁾.

Já quando inseridos no tratamento ambulatorial em um Centro de Atenção Psicossocial surgem as seguintes falas:

Usuário D - “Eu acho que o tratamento melhor que tem é o CAPS, é o CAPS aqui, onde você participa por exemplo do... você faz o tratamento adequado a sua capacidade, ao seu interesse, então é uma coisa mais... depois que você sai do Cantídio é o melhor! Eu já cheguei a pensar por exemplo, como eu já falei, isso, é uma frase minha, eu falo que antes de ter problema psiquiátrico eu pensava muito se tinha vida após a morte, depois que eu fui internado, tive todos esses problemas, a pergunta que eu fazia é se existia vida após o hospício. E depois que eu conheci o CAPS, quer dizer... eu vivi, lógico... tenho uma suposta filha que eu tenho, tem tudo isso daí, só que eu vivia... eu sobrevivia. Eu acho que depois de eu conseguir o tratamento aqui no CAPS eu perdi... como se diz... o preconceito... o auto preconceito que eu tinha em relação a minha própria doença, existe preconceito social, existe, mas o nosso preconceito é o que mais faz mal pra gente, o que faz a gente se sentir menos que os outros, é assim...”

Usuário D - “Tem. Eu diria que eles são muito dedicado a... ajudar da melhor forma possível, aqui realmente... eu já entrei em surto aqui e não cheguei a ser internado, depois que você está em tratamento, entra em surto e não é internado você pega mais confiança ainda no CAPS entendeu?”

Percebe-se aqui, assim como é colocado em artigos estudados^(33,42), que os usuários também afirmam a importância do tratamento no CAPS possibilitando uma nova forma de vivenciar o processo de adoecimento promovendo o convívio social, pois promover a atenção psicossocial inclui utilizar-se de vários arranjos capazes de buscar nas potencialidades do indivíduo uma forma de reconhecimento da sua capacidade e assim resgatar a sua auto estima⁽⁴²⁾.

Nas falas resgatadas há também quem relate outras opiniões sobre o tratamento realizado no CAPS.

Usuário C - “Quando eu cheguei aqui no CAPS, eu imaginei que as pessoas que eu vi na festa lá no Cantídio iam estar aqui e realmente eles estavam me esperando, eu também sabia que aqui não era muito bom.”

Usuário C - “Não porque não é bom, porque é um desgaste emocional muito grande pra mim. Me sinto um prisioneiro aqui.”

O discurso deste usuário aponta para uma realidade que mostra a importância da orientação a respeito do tratamento oferecido e a necessidade de uma escuta singular, por parte da equipe multiprofissional, de sua demanda.

Os direitos dos usuários

Quando indagados sobre os direitos que constam na legislação em saúde mental relatam que:

Usuário A - “Não, nunca ninguém explicou nada, nem no posto de saúde no ARE, nunca ninguém me explicou dos direitos que eu tenho.”

Usuário B - “Não sei nenhum direito, não conheço nenhum direito, não é divulgado, não divulga...não divulga...”

Usuário B - “Não tem conhecimento, nenhuma família tem o conhecimento sobre isso. Que eu saiba não.”

Usuário B - “Não... nunca me informaram.”

Usuário C - “Nunca ninguém me falou nada disso não. Nunca foi explicado pra mim...”

Usuário C - “Olha, ninguém me fala nada sobre isso não.”

Usuário D - “Não, não tenho direito, não sei... desse tipo de direito eu não sei.”

Usuário E - “Não...”

Todos os entrevistados afirmam que desconhecem a legislação em saúde mental, principalmente a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Porém um usuário aponta para a questão dos direitos humanos:

Usuário C - “Eu lembrava dos Direitos Humanos [...] Direitos Humanos são dez coisas, dez pontos, só que eu não lembro [...] Que todo homem tem direito à liberdade, e [...] Liberdade e... serviço, direito ao trabalho, à diversão, é... não lembro, eu tinha esse livro, mas, ó, meteram a mão, interessante?”

E quando mais estimulados, sobre os direitos, trazem a parte do cotidiano de suas vidas, e surgem as seguintes falas sobre o tratamento:

Usuário E - “Eu acho que tanto o profissional quanto o paciente não pode se acomodar, o meu diagnóstico foi feito em 2002, 2003, depois de lá não foi feito mais nada, eu tive progresso, se ta entendendo, de sete anos, só que não foi reavaliado. [...] não porque daí eu passei aqui pro CAPS, e essa avaliação foi feita na UNESP, só que continuou com o transtorno bipolar, e eu não sei do da Dra. Ana, o que ela pensa se é bipolar mesmo eu não...”

Usuário D - “Eu acho que é um direito meu, eu acho que é um direito meu, eu acho que nessa área assim deveria ser pros meus... pros psicóticos assim.. quem tem problema psiquiátrico, o CAPS III

que daí seria o ideal, daí, ai seria o cúmulo do ideal, agora o CAPS II, não funciona final de semana, mas é um direito, é um direito como qualquer outra doença, pra fazer tratamento.”

Usuário D - “Veja bem, os direitos que tem, é o direito do paciente ter o tratamento, ter remédio, ter psicólogo, ter psiquiatra, isso é um direito do paciente, isso não resta dúvida, isso é o básico, entendeu? Eu to falando direitos civis que você tem fora do tratamento, é isso que eu tenho.”

Assim novamente relatam a situação de violação dos direitos durante o período de internação.

Usuário D - “Por exemplo...porque na verdade ninguém fez alguma coisa que merecesse uma indenização assim, entendeu? Eu acho que se amarraram por que mereceu assim, porque precisou, tudo quanto é situação dentro do hospital psiquiátrico, tudo quanto é aquelas coisas que acontece é porque é preciso, é uma forma de tratamento.”

Usuário C - [...]“Realmente, todas as internações minhas violaram os direitos humanos, isso que eu tenho pra falar do fundo do meu coração, todas.”

Em um dos textos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, Paulo Michelon, mostra que num passado recente,

[...] “nós usuários nos anos de 70 até início dos 80: éramos completamente submissos ao domínio e controle da medicina psiquiátrica conservadora, sem direitos, sem voz, sem cidadania sem uma assistência digna, para nos tratarmos éramos torturados, dopados, sujeitos a contenções de toda ordem, éramos um número no prontuário só.”⁽¹⁷⁾

A citação complementa as falas dos entrevistados podendo-se visualizar que ainda prevalece na instituição psiquiátrica a questão clínica, valorização dos sintomas em detrimento das condições a que são submetidos os pacientes, ou seja, restrição física, sem acompanhamento, denotando para o paciente a “falta de cuidado” e a violação dos seus direitos⁽⁴³⁾.

Os usuários ainda salientaram, nas entrevistas, a dificuldade e o pouco entendimento quando se trata dos direitos trabalhistas, assim como a importância que a questão financeira acarreta ao seu tratamento.

Usuário D - “Então no começo eu saía de lá... assim que eu saía eu voltava a trabalhar, depois de muito... que passou um tempão que eu fiquei sabendo que o doente mental tinha como encostar, se tivesse trabalhando registrado, quando eu encostei que eu tinha... eu acabei tendo uma... sabendo de alguns direitos.”

Usuário D - “Então eu tenho direito a conseguir a carteirinha do ônibus pra mim fazer o tratamento... eu consegui o salário mínimo pra mim, o salário do INSS, alguma coisa assim que eu consegui...”

Usuário B - “Ah, porque... eu mesmo não sou aposentado podia aposentar... tento, tento resolver mas não consigo, corro atrás mas não consigo, já liguei, fui atrás, faz oito anos que era pra eu ta aposentado, agora que to... dei aula também, dei aula, gostava de dar aula e... parei de dar aula daí.”

Usuário B - “Se fosse pra... no caso comprar remédio por exemplo, ter dinheiro pra comprar os remédios, se fosse num médico particular, paga um médico particular, nesses casos.”

Usuário B - “Perguntei uma vez, no laudo, laudo mesmo, de vários médicos deu esquizofrenia, e... fui no INSS de Tatuí o médico falou que esquizofrenia é saber demais, muita sabedoria, muito conhecimento, muita... e não aposentou eu, não aposentou, não encostou eu, não deu benefício pra mim.”

Aqui cabe ser discutido a questão da complementaridade dos direitos, pois na ausência ou na insuficiência dos direitos sociais, como trabalho (renda), educação, saúde, moradia, alimentação, bem como a existência de circunstâncias e arranjos sociais que dificultam o acesso a estes direitos e à vida digna, criam sérios obstáculos ao exercício de todos os outros direitos humanos e fundamentais⁽¹⁷⁾.

A questão do preconceito também é salientada pois esta está sempre presente na vida cotidiana dos usuários.

Usuário A - “Eu só não gosto dessa palavrinha sou... é doente mental!”

Usuário A - “É... mas é o que é a realidade...porque assim as pessoas tem muito preconceito de... até pra você conhecer uma pessoa ela já desconfia, que a gente está tomando remédio, e eu acho que existe o preconceito com a gente. Eu sei que com remédio a gente fica mais controlado, graças a Deus, mas existe o preconceito, até pra arrumar namorada, já penso eu fala assim pro pai dela, eu me trato eu tomo medicação, ai ele morre coitado! É que quem não viveu o que a outra pessoa viveu,é... só pra entende mesmo.”

Usuário E - “Ajuda eu acho que ajuda, o pessoal já é conscientizado, o pessoal que trabalha aqui [...] antimanicomial, o pessoal já tem a consciência, os profissionais, alguns pacientes, o que eu acho é que tem muito preconceito lá fora, na cidade entendeu? Fala, ai eu tenho diabetes, ai tudo bem, ai eu tenho triglicérides, ai tudo bem, ai eu tenho transtorno mental, nossa isso já... você está entendendo? Já muda a figura. Então eu conheci um moço, até eu falar que eu tinha diabetes, triglicérides e tudo mais era normal pra ele, a hora que eu falei que tinha transtorno bipolar ele já fico preocupado entendeu, então sabe...”

Na Carta de Princípios, quando discorre sobre Liberdades fundamentais e Direitos básicos, o quarto item remete para a questão da pessoa ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente a pessoa humana e esclarece que não poderá ocorrer discriminação sob o pretexto de um transtorno mental⁽⁹⁾.

Porém sabe-se que, os direitos humanos precisam ser melhor compreendidos por todas as pessoas.

Em documento elaborado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial⁽¹⁷⁾ é indicado que:

“Seja inserido a temática dos Direitos Humanos nos cursos de graduação e pós-graduação de todas as áreas que lidam com questões relativas ao sofrimento mental e transtornos psíquicos, articulando ações de ensino, pesquisa e extensão;

Incentivado a pesquisa em Saúde Mental e Direitos Humanos por meio da criação de parcerias entre instituições de cuidado e universidades;

Estimulado a criação de campanhas de Educação em Direitos Humanos e Saúde Mental com o objetivo de sensibilizar a sociedade em geral.”

O texto citado nos mostra que há necessidade de que informações sobre os direitos sejam veiculadas, não apenas dentre os usuários, mas também para os profissionais e para a sociedade em geral, garantindo assim a real garantia deles.

Considerações Finais

A luta pelos direitos dos usuários de saúde mental é uma questão que começa a ser discutida com o início da Reforma Psiquiátrica, sendo sempre pauta dos importantes eventos que vem ocorrendo. Em decorrência dos avanços no cuidado e na assistência em saúde mental, a legislação foi sendo adequada, mas a divulgação dessas reformas acabou por não ocorrer nessa mesma configuração, assim o objetivo dessa pesquisa vem no sentido de compreender o quanto o usuário da saúde mental conhece a respeito desses direitos.

Foi utilizada a pesquisa qualitativa para o delineamento do tema. Com os dados coletados, pode-se perceber que o processo de adoecimento acarreta mudanças para a vida do usuário e da sua família a qual estabelece uma relação de vigilância, antes não apresentada.

Em relação à legislação, quando indagados diretamente se conhecem seus direitos, os usuários na sua totalidade relatam que não, mas com o aprofundamento nas vivências do paciente, durante suas internações e seu tratamento, entende-se que eles passam por experiências onde há a possibilidade de se preservar os direitos, mas na maioria delas isso não acontece. Esse desconhecimento da legislação vem pela falta de acesso dos usuários e de incentivo à procura dessas informações, por parte das instituições de saúde.

Ao aprofundar na questão da legislação em Saúde Mental para a análise das entrevistas, os textos de apoio da IV Conferência nacional de Saúde Mental e a Carta de Princípios à proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental, foram referências de grande importância.

Nota-se no estudo a necessidade sobre a divulgação desse conjunto de leis vigentes para os profissionais da área, incluindo o tema já na formação deles, e para a sociedade em geral, pois a questão do preconceito, já garantida em lei, ainda é muito vivenciada pelos pacientes.

É necessário também ressaltar a importância da simplificação do acesso à legislação criando um instrumento de fácil entendimento e de grande abrangência para que assim os usuários possam requerer a garantia dos seus direitos e participar ativamente de decisões que são de grande importância durante a vivência do transtorno mental.

Referências bibliográficas

- 1 Resende, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A.; Costa, N.R. (org.) Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-73.
- 2 Pereira, R. C. Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação da lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). Tese (Doutorado) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2004.
- 3 Amarante, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S. (org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997. P.163-186.
- 4 Escorel, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- 5 Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- 6 Ministério da Saúde. I Conferencia nacional de saúde mental: Relatório Final. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1988.
- 7 Britto, R. C. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (mestrado) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

8 Souza, W. S. Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997). Dissertação (Mestrado) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

9 A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. ONU. 1991

10 Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. II Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, 63p.

11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

12 Amarante, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Ligia Giovanella, et al (org) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 735-760.

13 Soalheiro NI. Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

14 Escola Politecnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em saúde mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 242p. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

15 Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

16 Amarante, P. (Clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.45-66. (Coleção Archivos).

- 17 Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional SM – Intersetorial. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663. Acesso em: 02 out 2010.
- 18 Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.
- 19 Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio, F. (org) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- 20 Vieira, L. Cidadania e globalização. Rio de Janeiro: Record; 2004.
- 21 Vieira, L. Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro: Record; 2001.
- 22 Dagnino, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: Dagnino, E. (org.). Os anos 90: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 103-115.
- 23 Dallari, D. A. Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais: In: Marsiglia, R. G. et al. Saúde Mental e cidadania. São Paulo: Mandacaru: Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo. 1987. p. 29-43.
- 24 Marsiglia, R.G. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: Marsiglia, R. G. et al. Saúde Mental e cidadania. São Paulo: Mandacaru: Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo. 1987. p.13-28.
- 25 Birman, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra JR, B.; Amarante, P. (org.) Psiquiatria sem hospício: Contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992. p. 71-90.

- 26 Bezerra JR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra JR, B.; Amarante, P. (org.) *Psiquiatria sem hospício: Contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1992. p.13-16.
- 27 Conselho Nacional de Saúde. III conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 68p.
- 28 Oliveira, A.G.B.; Alessi, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e saúde coletiva*, 2005; 10(1):191-203.
- 29 Triviños, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- 30 Gil, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- 31 Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 406p.
- 32 Ribeiro, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia. Cienc. prof.* 2004; 24(3): 92-99.
- 33 Soares, S.R.R. *Centro de Atenção Psicossocial: Como o usuário vivencia o cotidiano do serviço*. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. 2005.
- 34 Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Projeto Terapêutico*. Botucatu, 1999.
- 35 Saraceno, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Té corá/ Instituto Franco Basaglia, 1999.
- 36 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampliada – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- 37 Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 2 out 2010.
- 38 Bardin . L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2006.
- 39 Santos Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2010 Oct 20] ; 14(4): 1177-1182. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232009000400023.
- 40 Pegoraro Renata Fabiana, Caldana Regina Helena Lima. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2010 Oct 20] ; 12(25): 295-307. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200006&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832008000200006.
- 41 Salles Mariana Moraes, Barros Sonia. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2010 Oct 19] ; 41(1): 73-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100010&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342007000100010.
42. Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):453-60.
- 43 Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 novembro-dezembro; 11(6):786-91.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Portador)

Eu, _____, portador do documento _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **"Portadores de sofrimento psíquico, familiares e profissionais de saúde mental: o que conhecem sobre a legislação em saúde."** que visa conhecer o que os portadores sofrimento mental conhecem a respeito da legislação vigente que assegura os direitos das pessoas com transtorno mental, quer na internação hospitalar e quer em sua inserção nos serviços ambulatoriais territoriais e na comunidade. Esta investigação está sendo realizada pela aluna Natalia Garcia de Freitas do Curso de Graduação em Enfermagem e orientada pela Profa. Dra Vânia Moreno do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou ciente dos critérios que envolvem minha participação quais sejam:

- A garantia de receber os esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, e que não haverá prejuízo do meu atendimento ou tratamento.
- A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação relacionado à minha privacidade.
- Em caso de não ser respeitado quanto aos critérios acima exposto poderei procurar a Profa. Vânia Moreno do Departamento de Enfermagem.
- Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética através do telefone 3811 6143.

Sei também que os dados coletados na entrevista gravada fita de áudio serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Botucatu, ____ de _____ 20__.

Assinatura do portador

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Natalia Garcia de Freitas, AV. Raphael Laurindo, 1009, casa 1 –Jardim Paraíso CEP 18610-302, email: na_farofinha@yahoo.com.br Vânia Moreno, Depto de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Tel: 3811 6004 ou 3811 6070, email: vmoreno@fmb.unesp.br .

ANEXO B – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 09 de fevereiro de 2009.

Of. 13/09-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Vânia Moreno
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a Vânia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa sobre protocolo 3079/2009-CEP - "Portadores de sofrimento psíquico, familiares e profissionais de saúde mental: o que conhecem sobre a legislação em saúde", a ser conduzido por Mariana Lemes de Oliveira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião 09/02/2009.

Os pesquisadores devem estar cientes da necessidade de envio de "Relatório Final de Atividades", tão logo seja concluído este projeto.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO C - OFÍCIO DE CONTINUAÇÃO DO TRABALHO



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de maio de 2010.

Of. 202/10-CEP

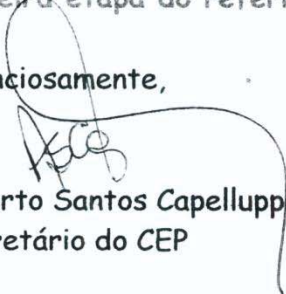
Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a. Vânia Moreno
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Cara Dr^a. Vânia,

De ordem do senhor coordenador deste CEP, informo que em 04/05/10 foi autorizada a realização de uma segunda etapa no projeto de pesquisa "Portadores de sofrimento psíquico, familiares e profissionais em saúde mental", a qual constituirá em entrevista aos usuários e familiares do Centro de Atenção Psicossocial, e será conduzido por Natália Garcia Freitas orientada por Vossa Senhoria.

O CEP aguarda o envio do Relatório Final de Atividades referente a primeira etapa do referido projeto já concluída.

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP