

## O DIREITO E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: A CONSCIENTIZAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

*THE RIGHT AND THE MENTAL HEALTH POLICY: AWARENESS OF  
PSYCHIATRIC PATIENTS FAMILY*

Josely Cristiane Rosa<sup>1</sup>  
Sara Priscila Caviquioli<sup>2</sup>

Recebido em: 03 mai. 2015  
Aceito em: 05 mai. 2015

**Resumo:** O objetivo deste artigo foi avaliar a conscientização dos familiares dos pacientes psiquiátricos sobre o conhecimento dos seus direitos na sociedade brasileira, pautando-se em uma análise da realidade em comparação com o campo teórico normativo e uma observação crítica do ser em relação ao dever ser. Para tanto, tornou-se necessário uma abordagem histórica sobre a doença psiquiátrica e o tratamento dos doentes psiquiátricos através dos tempos para, enfim, se chegar ao fenômeno do constitucionalismo do século XX e a elevação do homem ao centro da sociedade através da consagração de direitos e valores em diversas constituições. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa tem caráter quantitativo e qualitativo. Os dados quantitativos foram levantados junto ao Ministério da Saúde e do Centro de Atenção Psicossocial no município de Brusque. Os dados quantitativos foram coletados através de entrevista a Coordenação do CAPS e da aplicação do questionário aos familiares dos pacientes psiquiátricos. Dentre os resultados obtidos foi possível constatar o desenvolvimento da política de tratamento psiquiátrico no Brasil, como também demonstrar o comprometimento da atuação do CAPS no município de Brusque aos pacientes psiquiátricos.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos. Pacientes Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica.

||| **Abstract:** The aim of this paper was to evaluate the awareness of family caregivers on the knowledge of their rights in Brazilian society, basing

---

<sup>1</sup>Mestre em Gestão de Políticas Públicas (UNIVALI); Pós-Graduação em Recursos Humanos (UNILAS); Pós-Graduação em Marketing Empresarial (UNILAS); Pós-Graduação em Psicologia e Psicopedagogia (UNILAS); Graduação em Ciência Política (UNIVALI). E-mail: jo.cris.rosa@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica da 4ª fase do Curso de Direito do Centro Universitário de Brusque – UNIFEFE. E-mail: s.pcsara@hotmail.com

on an analysis of reality compared to the normative theoretical field and a critical remark of being in relation to duty be. Therefore, it became necessary a historical approach to psychiatric illness and the treatment of psychiatric patients over time to finally get to the twentieth century constitutionalism of the phenomenon and the elevation of man to the center of society through the rights of consecration and values in various constitutions. From a methodological point of view, the research is quantitative and qualitative. Quantitative data were collected from the Ministry of Health and Psychosocial Care Center in the city of Brusque. Quantitative data were collected by interviewing the CAPS Coordination and implementation of the questionnaire to family caregivers. Among the results was possible to see the development of psychiatric care policy in Brazil, but also demonstrate the performance of CAPS in the city of Brusque commitment to psychiatric patients.

**Keywords:** Human Rights. Psychiatric Patients. Psychiatric Reform.

## 1 INTRODUÇÃO

Partindo de uma revisão da história da reforma psiquiátrica no Brasil, o artigo discute a conscientização dos familiares dos pacientes psiquiátricos sobre o conhecimento dos seus direitos na sociedade brasileira, pautando-se em uma análise da realidade em comparação com o campo teórico normativo e uma observação crítica do ser em relação ao dever ser.

Neste estudo, o termo “doença mental” é usado por falta de outra expressão que sintetize a ideia de doença ainda prevalecente, e que, ao mesmo tempo, traduza a noção de existência sofrimento do sujeito em relação ao corpo social como é a proposta alternativa feita pela psiquiatria democrática italiana, bem como a de sofrimento psíquico, usada, atualmente, por muitos autores que, contudo, não deixam de usar também o termo doença mental.

Sob a perspectiva metodológica, a pesquisa tem caráter quantitativo e qualitativo. A pesquisa quantitativa se ocupa com números e usa modelos estatísticos para explicar os dados. É caracterizada também pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. A maior parte da pesquisa quantitativa está centrada ao redor do levantamento de dados e de

questionários. (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2004).

A pesquisa qualitativa, para Minayo (1994), transcende a captação dos fatos e as regularidades atemporais, isto é, trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações humanas.

Os primeiros dados quantitativos foram levantados junto a coordenação do CAPS, Centro de Atenção Psicossocial no município de Brusque, onde constatou-se que há cerca de 132 usuários do mesmo, sendo que 33% são do sexo masculino e 67% são do sexo feminino. Em relação a faixa etária dos usuários, 17% possuem idade entre 18 a 30 anos, 28% têm entre 31 e 39 anos, 24% possuem entre 40 e 49 anos, 23% possuem entre 50 e 59 anos e 8% possuem 60 anos ou mais. Os demais dados quantitativos foram obtidos por meio do Ministério da Saúde.

Os dados qualitativos estão relacionados às respostas dos questionários e entrevistas, onde estas permitiram coletar informações sobre o cumprimento da lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, bem como analisar o perfil socioeconômico dos usuários.

A entrevista foi realizada junto a Coordenação do CAPS e o questionário foi aplicado a 16 familiares de portadores de transtornos mentais, na ocasião da assembleia ocorrida no Centro de Atenção Psicossocial em Brusque. Após orientação sobre objetivos, finalidades e sigilo na condução do trabalho, em cumprimento à Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as famílias consentiram livremente em participar da pesquisa.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA**

A consideração do transtorno mental como doença e da psiquiatria como especialidade médica são aspectos recentes na história da humanidade, tendo aproximadamente 200 anos. Segundo Pessotti (1994) a antiguidade

propôs algumas pressuposições sobre a loucura. Começando por Homero (séculos 9-8 a.C.) que definia a loucura como ordenação divina, desresponsabilizando o indivíduo por seus atos por estar possesso pelos deuses. Assim o doente mental não era culpado por seu sofrimento ou o sofrimento que causaria a outrem. Desta forma, a prática da cura era inexistente, sendo realizados apenas rituais e oferendas para acalmar a ira divina.

Mudanças só ocorreram na Idade Média Europeia séculos depois, onde a loucura passou a ser equiparada à possessão demoníaca. Essa determinação retirava qualquer competência médica, reservando-a a esfera da crença e da fé. As práticas de cura eram realizadas iguais as expiações dos pecados, como confissões, ritos de preces, exorcismo torturas e, quando necessário, até mesmo a morte na fogueira. (MURARO, 1997; PESSOTTI, 1994).

No século XVII, conforme explica Foucault (2000), a loucura é redefinida como perda da razão, da vontade, da liberdade, onde a cura deveria ser praticada num meio social moralmente aceito, surgindo assim os grandes asilos, instituições para recolher, isolar, alimentar e abrigar os pobres, criminosos e todos os que não se enquadrassem nas normas sociais. No entanto, esses asilos não tinham por função o tratamento, mas a punição e isolamento visando a segregação social, onde o louco era igualado ao miserável e ao criminoso, isto é, aqueles que causavam transtornos a sociedade.

Essa característica mudou somente aos esforços de Pinel<sup>3</sup> (1745 – 1826), sendo a loucura concebida como um problema médico-social. Com esta mudança, os loucos começaram a ser tratados e não punidos, passando por um

---

<sup>3</sup> Para Pinel (conforme citado por Foucault, 2000) os loucos deveriam ser tratados e não surrados, deveriam ser “reeducados” em sua moral e reinseridos na comunidade quando curados, inaugurando a psiquiatria moderna que estudava e tentava viabilizar a capacidade/incapacidade de reinserir os loucos na sociedade - o pensamento pineliano se insere no contexto de pressões sociais da Revolução Francesa: internar sem perspectivas de tratamento constituía privação da liberdade e desrespeito aos direitos dos homens.

processo de “reeducação” e reinseridos na comunidade quando curados. (FOUCAULT, 2000).

Mudança essa que combateu, mas não findou a prática de castigos aos doentes psiquiátricos. Nos séculos XVIII e XIX a loucura passou a ser entendida como lesão orgânica, vendo-se a loucura como um desequilíbrio organofisiológico do indivíduo, sendo função da medicina readaptar o indivíduo por meio de tratamento específico com tônicos, sangrias, purgações, banhos, etc.

## **2.1 A História da Loucura no Brasil: A Loucura sob Olhar Médico**

Em abril de 1879, com a promulgação do decreto nº 7247, a loucura passou a ser vista no Brasil como uma doença que necessita de tratamento, sendo criada desta forma, a disciplina de psiquiatria nas faculdades de medicina no Rio de Janeiro e Bahia. Logo em seguida, em 1880 foi criada a cátedra de Moléstias Mentais, sendo proposta pelo professor Nuno de Andrade, a separação do Hospício de Pedro II da Casa de Misericórdia e que fosse o Estado responsabilizado por sua direção. As críticas médicas à administração do Hospício abrangiam a necessidade de medicalização no estabelecimento, desta forma, tornou-se preciso em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. (AMARANTE, 1995, 1996).

Apenas em 1890, com a Proclamação da República ocorreu a desvinculação do hospício de Pedro II da Casa de Misericórdia, sendo seu nome mudado para Hospício Nacional de Alienados. Desta forma, a loucura deixou de ser parte do discurso religioso passando para a área da medicina, sendo o médico o único responsável pelo diagnóstico da loucura, tratando como louco ou incapaz, alguém que precisa ser tratado e protegido. (MACHADO, 1978).

No ano de 1903, o Deputado Teixeira Brandão conseguiu a aprovação

da lei federal nº 1.132, que designou a ‘assistência a alienados’, fazendo da psiquiatria a autoridade sobre a loucura no Brasil, e, conseqüentemente, o hospício tornou-se o único lugar para a internação dos considerados loucos, sendo estes subordinados ao parecer médico. Segundo Resende (1990):

A saúde pública e a psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundice e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade. (RESENDE, 1990, p. 45).

Este foi apenas o primeiro passo para a loucura ser vista sobre a égide da medicina, servindo para que nos anos seguintes, fossem abertas novas instituições destinadas a recepção de doentes mentais em todo o Brasil.

### **3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

A prática da reforma psiquiátrica é comum no cotidiano de profissionais da área da saúde mental, tendo em vista as condições degradantes da assistência que era prestada aos pacientes em asilos e hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil visa à substituição das internações em manicômios por outras práticas terapêuticas como, por exemplo, a desinstitucionalização – que vem sendo discutida não só entre profissionais da saúde, mas também em toda a sociedade – a implantação da rede extra hospitalar e atenção multiprofissional, a proibição e construção de novos hospitais psiquiátricos ou a ampliação dos existentes e a desativação progressiva dos leitos existentes, inserindo, assim, leitos e alas de cunho psiquiátrico em hospitais gerais, adicionando a saúde mental a outros programas de saúde. (GONÇALVES; SENA, 2001).

A Reforma Psiquiátrica não visa simplesmente retirar o doente mental de hospitais para confiná-lo em casa ou entregá-lo a própria sorte, mas estabelecer a cidadania do enfermo mental, para que deste modo, o portador de doença mental tenha garantido o seu direito a família, trabalho e lazer.

Entretanto, apesar dos esforços dos profissionais da saúde, a reforma contou com oponentes poderosos, como proprietários de hospitais psiquiátricos privados, pois os mesmos deixariam de auferir altíssimos lucros. Além disto, as famílias eram induzidas a acreditar que o tratamento mental só era possível no interior de hospitais psiquiátricos. (JORGE; FRANÇA, 2001).

No âmbito legislativo brasileiro, foi de grande relevância o Projeto de Lei Nº 08/91, do Deputado Federal Paulo Delegado, que propunha a formalização da Reforma Psiquiátrica como lei nacional, vedando a internação involuntária e definindo a atenção extra hospitalar em saúde mental. Porém, somente com a Lei n.º 10.216 de 2001, vigente em nossa legislação atual, o texto sofreu alterações, sendo estas de cunho progressista, assegurando em seu texto os direitos dos portadores de transtornos mentais. Entre outros está o direito ao acesso ao tratamento de saúde, sendo este de maneira humanamente respeitosa, visando alcançar sua recuperação com a inserção na família, no trabalho e na sociedade. Além disto, a Lei n.º 10.216 trás a proteção contra qualquer tipo de abuso, exploração e garante o sigilo de informações prestadas pelo paciente, tendo este, também, livre acesso a qualquer meio de comunicação disponível e ao maior número de informações sobre seu transtorno e tratamento. (JORGE; FRANÇA, 2001).

### **3.1 A Capacidade dos Doentes Psiquiátricos na Esfera do Direito Civil**

É de suma importância a análise da capacidade de entendimento e consequências que o doente psiquiátrico possui quanto aos contratos cíveis (casamento, direito de herança, deixar testamento, comprar e vender, etc).

O Código Civil Brasileiro de 2002 em seus artigos 3º e 4º apresentam três graduações de capacidade civil, são elas: a) a plena capacidade para maiores de 18 anos, ou maiores de 16 anos com emancipação, sem desarranjos na saúde mental; b) a incapacidade relativa para maiores de 16 anos e menores de 18 anos, ébrios ou viciados em tóxicos, deficientes mentais com

discernimento reduzido ou desenvolvimento mental incompleto ou excepcionais e os pródigos; c) a incapacidade absoluta, para menores de 16 anos, portadores de enfermidade ou deficiência mental sem discernimento e qualquer um que não consiga expressar sua vontade, mesmo que transitoriamente.

Os autores Fontana-Rosa (1996) e Moura (1996) realizam uma crítica a esta norma, onde apresentam a ideia de que existem escalas da doença mental desconsideradas, levando parte dos doentes mentais a perder totalmente sua capacidade civil, mesmo tendo entendimento e discernimento para exercer os atos da vida civil. Por este motivo, entende-se que deve haver a proposição de uma interdição parcial para as especificidades de cada indivíduo portador de doença mental.

Ainda segundo Moura (1996), o exercício daqueles que realizam perícias cíveis não é a aferição da capacidade civil, mas sim, a avaliação psicológica e psiquiátrica, estabelecendo diagnósticos de transtornos mentais, pelos quais a capacidade civil é avaliada. Para este autor, a capacidade civil deveria ter, para cada diagnóstico, uma determinada categoria, sendo assim: os oligofrênicos (portadores de desenvolvimento mental incompleto) que seriam inimputáveis e incapazes absolutos, os epiléticos (pessoas portadoras de transtornos, alterações cerebrais) seriam imputáveis e capazes, os esquizofrênicos (doentes mentais com sofrimento psíquico grave) seriam inimputáveis e capazes, os maníacos depressivos deveriam ser considerados semi-imputáveis (caso cometessem os atos no momento da crise) e, ainda, os paranoicos, que seriam inimputáveis e de capacidade relativa.

Além disso, os doentes psiquiátricos por serem incapazes não são considerados por danos causados a terceiros, sendo essa responsabilidade recai sobre familiares, representantes legais ou tutores, ou seja, a responsabilidade de indenização.

### **3.2 A Responsabilidade dos Enfermos Psiquiátricos na Esfera Criminal**

No Código Penal (1940) e no Código de Processo Penal (1941), esses que vigoram até hoje, o doente mental pode cometer crimes como qualquer cidadão, porém, as suas penas são atenuadas (de um a dois terços) quando o indivíduo entende as consequências de seus atos e, quando não as entende, lhe são aplicadas somente medidas de segurança.

O estatuto jurídico criminal do doente mental é considerado no Código Penal como inimputável, pois devido a sua constituição mental, não tem discernimento para entender e responder por seus atos. No entanto, pode ser considerado, em determinadas ocasiões, semi-imputável, caso em que o médico/psiquiatra avalia que o indivíduo cometeu o crime no denominado “intervalo lúcido”, mas o doente mental jamais será imputável.

Portanto, sendo avaliado por peritos como portador de doença mental, o sujeito não será condenado, mas responderá por seus atos por meio de medidas de segurança. Assim surgiram locais diferenciados para que os enfermos psiquiátricos fossem responsabilizados, como hospitais de custódia ou manicômios judiciais, para reprimi-los como forma de prevenção social até que finde o seu estado de periculosidade, sendo este avaliado por profissional competente.

## **4 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL HOJE**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de

reforma psiquiátrica. Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam 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, além da prestação de atendimento aos enfermos nos momentos de crises.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, no município de São Paulo. A criação do CAPS é o resultado de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, visando:

- a) Prestar atendimento diariamente ao usuário;
- b) Coordenar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente;
- c) Promover a inserção social dos usuários através da educação, trabalho, esporte, cultura e lazer.
- d) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- e) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- f) Gerenciar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- g) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS contam com espaço próprio e preparado para atender à sua

demanda específica, contendo:

- a) Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- b) Salas para atividades grupais;
- c) Espaço de convivência;
- d) Oficinas;
- e) Refeitório
- f) Sanitários;
- g) Área externa para lazer.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto e acolhedor. 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 sua individualidade, sua cultura e sua vida cotidiana.

#### **4.1 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o Serviço Residencial Terapêutico, também conhecido como Residências Terapêuticas são locais de moradia construídos visando suprir as necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. O número de usuários pode variar de 1 a 8 integrantes, acompanhados de profissionais sensíveis às dificuldades de cada um. As residências não devem ser vistas como mais um “serviço” de saúde, mas como uma casa para os moradores. Cada moradia deve ser considerada única, buscando se aproximar dos gostos e hábitos de seus moradores. O que diferencia uma residência da outra é a autonomia de seus moradores, por isso, há residência de cuidado intensivo com a presença de cuidadores 24 horas, de cuidado parcial com cuidadores apenas durante o dia, e de alto grau de autonomia com nenhum, ou quase nenhum, tipo de cuidador. (BRASIL, 2004).

#### 4.1.1. Origem do serviço residencial terapêutico no Brasil

A necessidade de serviços residenciais terapêuticos no Brasil se deu no início das ações de desinstitucionalização, buscando-se um local adequado para alojar portadores de transtornos mentais que não contavam com suporte familiar. Conseqüentemente, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, destacou a importância dos então chamados “lares abrigados” para a reestruturação da assistência mental no país. A implantação dos SRTs vem sendo discutida em diversos âmbitos, visando assegurar que esta seja uma alternativa adequada para auxiliar o morador em seu processo de reintegração a sociedade. (BRASIL, 2004).

#### 4.1.2 Quem pode se beneficiar dos SRT's?

O serviço foi criado visando estabelecer a condição de moradia de egressos de hospitais psiquiátricos e portadores de transtornos mentais que possuem precariedade quanto à moradia, entretanto, há algumas especificações que precisam ser respeitadas, tais como:

Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.

Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).

Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.

Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. (BRASIL, 2004, p. 08).

Esse modelo, através das residências, representa uma importante etapa no processo de ressocialização do doente psiquiátrico e garantia da

preservação de sua dignidade como ser humano na observância de seus direitos.

#### 4.1.3 Tipos de serviço residencial terapêutico

Existem dois tipos de SRT. O SRT I focaliza-se na reinserção dos moradores na rede social existente, ou seja, tem como função a ressocialização do paciente, trazendo-lhe trabalho, lazer e educação. O SRT II trata de antigos moradores de Residências Terapêuticas, moradores que recebem cuidados substitutivos aos de familiares, tendo em vista a estruturação do espaço residencial como moradia. (BRASIL, 2004).

#### 4.1.4 Quotidiano nas residências terapêuticas

É necessário montar uma estrutura que faça o morador sentir segurança com os profissionais das Residências Terapêuticas, não se podendo descartar eventuais inseguranças trazidas por pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, tornando-se preciso a existência de profissionais de referência para cada morador, bem como o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais. Na Residência Terapêutica são abordadas as questões ligadas ao morar. As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços. Ou seja, os moradores aprendem a conviver em conjunto, lidando com as eventuais diferenças entre si, como a discórdia, a disputa pelo espaço, o barulho, etc., devendo o respeito à individualidade de cada um prevalecer junto ao grupo. (BRASIL, 2004).

#### 4.1.5 Regulamentação das SRT's

A regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos se dá por meio de leis e diretrizes, sendo elas:

Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (especialmente artigo 5º).

Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa).

Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País.

Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços

Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.

Portaria n.º 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS. (BRASIL, 2004, p. 08).

Essa legislação apresentada a assunção de responsabilidade por parte do Estado sobre os doentes psiquiátricos e, demonstra também uma evolução no sentido de assegurar os direitos humanos.

#### **4.2 A Importância da Família no Tratamento do Doente Mental**

Consoante ao artigo 226 da Magna Carta (BRASIL, 1988), a família é a base da sociedade que necessita da máxima e inteira proteção do Estado. Desta forma, torna-se importante a análise sobre a grande importância que tem a família para o sucesso no tratamento e rotina do doente mental.

A família é a maior responsável pela formação da personalidade do ser humano, logo, é de grande importância para o portador de doença mental a presença dela para que se obtenha maior sucesso no seu tratamento e qualidade de vida. Segundo Souza (1997, p. 23):

O sentimento de família engloba todas as emoções inerentes a pessoa: identidade, pertença, aceitação, amor, carinho, raiva, medo, ódio [...]. Certamente é esta fusão de opostos que torna a família tão complexa e sua compreensão e desafio interminável.

O doente mental, por diversas vezes, é excluído da sociedade por não conseguir cumprir as normas sociais, por ser considerado louco e visto como anormal diante de outros membros do grupo em que convive, sendo vítima de preconceito. Desta forma, a família torna-se a base de uma estrutura de apoio para que o enfermo mental consiga durante a evolução do tratamento, resgatar

sua autoimagem e autoestima.

É oportuno aqui ressaltar que, no sistema capitalista, exclui-se do trabalho aqueles que se mostram mentalmente desequilibrados – que já não produzem como antes – ainda que não possuem transtorno mental. Portanto, a família sofre e também é excluída do processo, de forma que é necessário entender que o tratamento do doente mental está intimamente ligado a família, sendo esta o porto seguro do enfermo. Fantazia (1997, p. 156) ressalta que:

A ciência psicológica mostra que certos transtornos mentais podem ocorrer em consequência da incapacidade de se adaptar a uma ocorrência vital estressante ou através de comportamentos aprendidos, demonstrando mais uma vez que a atenção e o afeto são essências ao desenvolvimento humano.

Para Losacco (2000, p. 64) a família abrange o afeto das relações, sendo “constituída por uma constelação de pessoas interdependentes girando em torno de um eixo comum”. Deste modo, entende-se que é de suma importância o papel da família na rotina e tratamento do doente mental. É importante que a família sinta que pode fazer algo para ajudar o seu familiar a recuperar-se quando tal e possível e, mesmo quando não é, que seja capaz de compreender a situação e acompanhar o paciente, dando apoio, compreensão, carinho e dedicação (LAZURE, 1994).

### **4.3 Situação Atual dos Centros de Atenção Psicossocial**

Para os devidos fins, é de suma importância a compreensão da realidade do tratamento psicossocial no Brasil. Desta forma, torna-se essencial a análise dos dados quanto ao tratamento prestado aos portadores de transtornos mentais em todo o país. A seguir, verifica-se a postura dos CAPS e Residências Terapêuticas em todo o país, bem como a quantidade e redução de Hospitais e Leitos Psiquiátricos ao longo dos últimos anos após a Reforma Psiquiátrica.

Em relação a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial, o quadro 01 revela os seguintes dados:

**Quadro 1** – Quantidade de Centros de Atenção Psicossocial

CAPS	QUANTIDADE
CAPS I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes	Existem 788 unidades no país
CAPS II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes	Existem 424 unidades no país
CAPS III – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes	Existem 56 unidades no país

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2014)

Na presente tabela, pode-se analisar a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. O CAPS é um serviço de atenção aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, onde pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como demais casos que necessitam de permanência e/ou atenção diária, recebem assistência e tratamento adequados para sua respectiva enfermidade.

O manual do Ministério da Saúde de 2004 apresenta o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, como um novo serviço de Saúde Mental, onde aponta que:

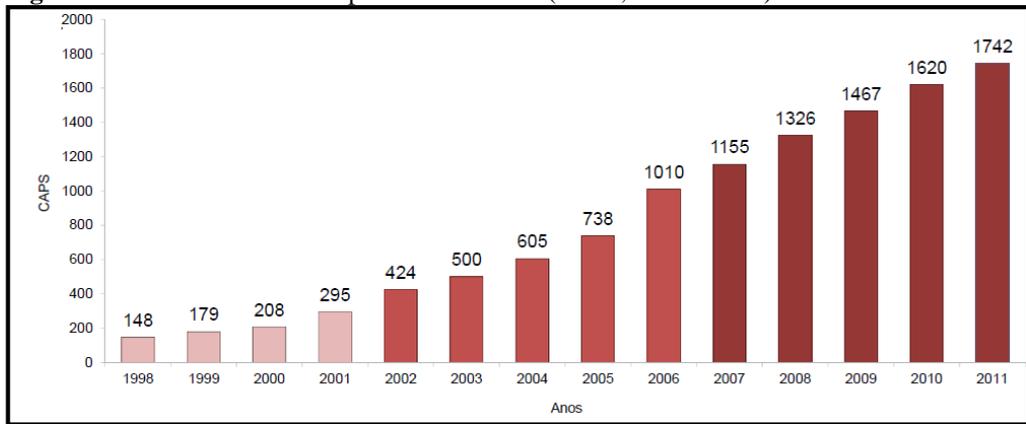
Os CAPS são instituições destinadas a escolher os pacientes com transtornos mentais. Estimular sua integração social e familiar, apoiá-lo em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 09).

A diferença entre os CAPS I, II e III é a quantidade de habitantes nos municípios para qual seu atendimento é prestado. No CAPS I, por exemplo, recebem atenção psicossocial municípios de até 20 mil habitantes, onde o mesmo contém 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 3 profissionais de outras categorias da saúde – como psicólogos e terapeutas – e 4 profissionais de nível médio – como auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e

educacionais. Já o CAPS II possui 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio. Além destes, o CAPS III possui 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro, 5 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio.

Sobre a expansão histórica dos CAPS, o gráfico abaixo demonstra o seguinte desenvolvimento:

**Figura 1** – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)

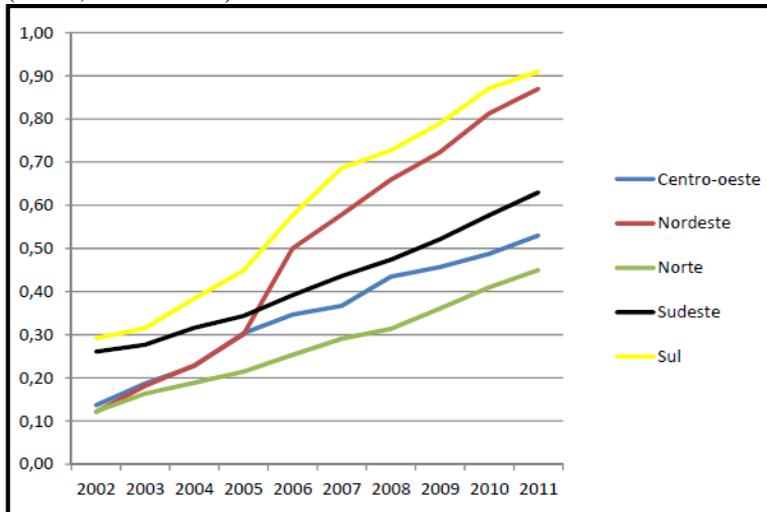


Fonte: BRASIL (2012, p. 05)

Conforme os dados do gráfico 01, no ano de 1998, o Brasil contava com apenas 148 CAPS, crescendo vagarosamente até o ano de 2003, onde a ampliação começou a ocorrer chegando a 500 Centros de Atenção Psicossocial. A partir daí, o crescimento continuou com maior força, chegando a uma média de 300 construções de novos CAPS entre 2008 e 2010, alcançando o total de 1742 CAPS em todo o território nacional.

A seguir, o seguinte evidencia o indicador de cobertura CAPS em relação as regiões do Brasil.

**Figura 2** – Série Histórica Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por região. (Brasil, 2002 a 2011)



Fonte: BRASIL (2012, p. 08)

No presente gráfico é possível ter uma clara análise a evolução do indicador CAPS/100.000 habitantes nas cinco regiões do Brasil no período de 2002 à 2011. Percebe-se o crescimento do indicador na cobertura das regiões Sul e Nordeste, apresentando estes o maior índice de cobertura. A expansão dos serviços Centro-oeste e Norte permanece com necessidade de maior prestação de serviços. A região Sudeste permanece com crescimento semelhante ao das regiões Centro-oeste e Norte, menor do que das regiões Sul e Nordeste.

Outro dado importante a ser explanado é em relação a quantidade de residências terapêuticas espalhadas pelos estados. Vale destacar que as Residências Terapêuticas são casas constituídas para abrigar pessoas com transtornos mentais graves. O número de usuários varia de 1 indivíduo até no máximo 8 pessoas, que contam com um suporte profissional para suprir as necessidades de cada um. Os SRTs são pontos essenciais no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, pois a inserção de uma Residência Terapêutica é o início de um processo de busca a inclusão social do morador.

A seguir a tabela abaixo demonstra a quantidade de SRTs estendidas

pelo Brasil:

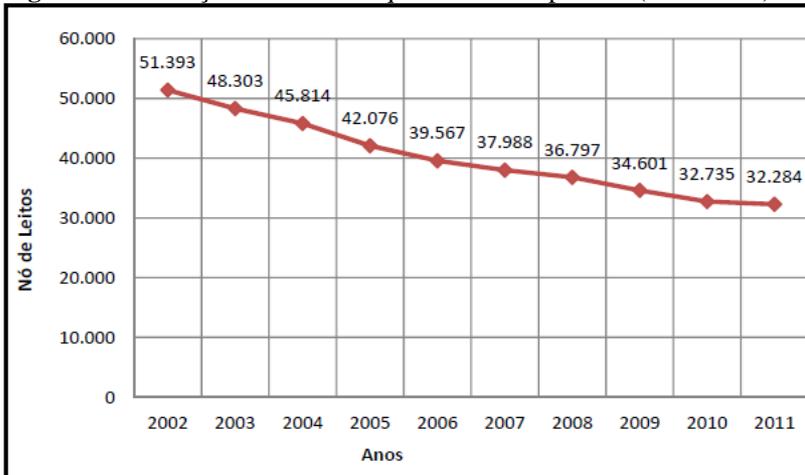
**Figura 03** – Residências Terapêuticas por Estado

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
<b>Total</b>	<b>625</b>	<b>154</b>	<b>779</b>	<b>3470</b>

Fonte: BRASIL (2012, p. 11).

Na tabela acima se pode analisar a quantia de SRTs no Brasil no ano de 2011, no total, são 625 SRTs em funcionamento, havendo também 154 SRTs em fase de implantação.

Sobre a redução de leitos psiquiátricos SUS por ano, o gráfico abaixo revela os seguintes dados:

**Figura 04** – Redução de Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002-2011)

Fonte: BRASIL (2012, p.16 ).

A redução de leitos em hospitais nada mais é que um resultado do processo de reabilitação de pacientes psiquiátricos. No presente gráfico acompanha-se o crescente número de pacientes que deixaram os leitos em hospitais para uma nova forma de tratamento. Desta forma, pode-se observar que de 2002 para 2011 o número de leitos reduziu em quase 50%, onde quase metade dos pacientes conseguiram novos meios de tratamento fora dos muros dos hospitais.

Dando continuidade ao assunto, a tabela a seguir demonstra a quantidade de hospitais e leitos psiquiátricos por Unidade Federativa:

**Figura 05** – Hospitais e Leitos Psiquiátricos por UF (2011)

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 10.000 hab.
AC	732.793	1	53	0,72
AL	3.120.922	5	880	2,82
AM	3.480.937	1	126	0,36
BA	14.021.432	7	832	0,59
CE	8.448.055	7	928	1,10
DF	2.562.963	1	85	0,33
ES	3.512.672	3	620	0,18
GO	6.004.045	10	1171	1,95
MA	6.569.683	3	663	1,01
MG	19.595.309	17	2242	1,14
MS	2.449.341	2	200	0,82
MT	3.033.991	2	202	0,67
PA	7.588.078	1	56	0,07
PB	3.766.834	5	706	1,87
PE	8.796.032	13	2028	2,31
PI	3.119.015	1	160	0,51
PR	10.439.601	15	2460	2,36
RJ	15.993.583	33	5819	3,64
RN	3.168.133	4	572	1,81
RS	10.695.532	6	801	0,75
SC	6.249.682	4	670	1,07
SE	2.068.031	2	280	1,35
SP	41.252.160	54	10570	2,56
TO	1.383.453	1	160	1,16
Total	188.052.277	198	32.284	1,717
Total Brasil	190.732.694			1,693

Fonte: BRASIL (2012, p.17)

Pode-se analisar a grande diferença na proporção de leitos nos diferentes estados do País. Estados como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina possuem uma proporção acima da média. Em contraponto a isso, estados como Pará, Acre e Amazonas apresentam apenas um hospital em seus territórios, demonstrando percentual abaixo da média nacional. Vale ressaltar que os Hospitais Psiquiátricos são hospitais especializados no tratamento de indivíduos com algum transtorno mental. Entretanto, com a Reforma Psiquiátrica estes hospitais vêm sendo substituídos por micro hospitais ou enfermarias especializadas no tratamento psiquiátrico, regularizados por lei específica.

Sobre a distribuição de hospitais psiquiátricos por tempo de internação nas regiões brasileiras, a tabela a seguir apresenta a seguinte informação:

**Figura 06** – Distribuição de Hospitais Psiquiátricos por Tempo de Internação

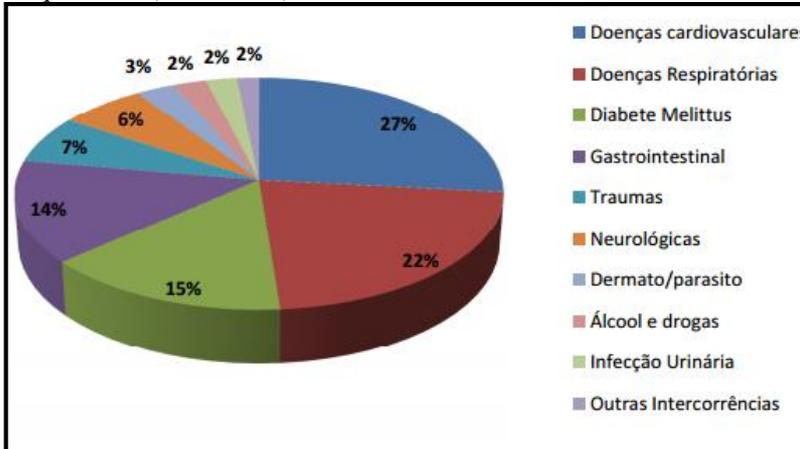
Região	UF	Pacientes SUS internados	Pacientes internados a menos de 1 ano		Pacientes internados a mais de 1 ano	
			Nº	%	Nº	%
Norte	AC	37	26	70,3	11	29,7
	AM	47	9	19,1	38	80,9
	PA	28	0	0,0	28	100,0
	TO	160	156	97,5	4	2,5
<b>Subtotal</b>		<b>272</b>	<b>191</b>	<b>70,2</b>	<b>81</b>	<b>29,8</b>
Nordeste	AL	787	700	88,9	87	11,1
	BA	774	506	65,4	268	34,6
	CE	784	711	90,7	73	9,3
	MA	665	538	80,9	127	19,1
	PB	513	465	90,6	48	9,4
	PE	1608	836	52,0	772	48,0
	PI	160	132	82,5	28	17,5
	RN	479	435	90,8	44	9,2
SE	79	72	91,1	7	8,9	
<b>Subtotal</b>		<b>5849</b>	<b>4395</b>	<b>75,1</b>	<b>1454</b>	<b>24,9</b>
Centro Oeste	DF	100	99	99,0	1	1,0
	GO	1193	1075	90,1	118	9,9
	MS	152	149	98,0	3	2,0
	MT	203	183	90,1	20	9,9
<b>Subtotal</b>		<b>1648</b>	<b>1506</b>	<b>91,4</b>	<b>142</b>	<b>8,6</b>
Sudeste	ES	580	493	85,0	87	15,0
	MG	2238	1290	57,6	948	42,4
	RJ	4036	1621	40,2	2415	59,8
	SP	8813	4091	46,4	4722	53,6
<b>Subtotal</b>		<b>15667</b>	<b>7495</b>	<b>47,8</b>	<b>8172</b>	<b>52,2</b>
Sul	PR	2262	2179	96,3	83	3,7
	RS	853	838	98,2	15	1,8
<b>Subtotal</b>		<b>3115</b>	<b>3017</b>	<b>96,9</b>	<b>98</b>	<b>3,1</b>
<b>Total</b>		<b>26551</b>	<b>16604</b>	<b>62,5</b>	<b>9947</b>	<b>37,5</b>

Fonte: BRASIL (2011, p. 21)

Observa-se que os estados do AM, PA, PE, MG, RJ e SP demonstram percentual de pacientes acima da média relativa nacional (37%) internados a menos de um ano. Enquanto estados como PR, RS, MT, MS, GO, DF, e, com exclusão do estado da BA e PE, toda a região do Nordeste possui mais de 90% de pacientes psiquiátricos internados a mais de um ano.

O gráfico abaixo apresenta as principais causas de utilização de enfermaria em hospitais psiquiátricos (Brasil 2011):

**Figura 07** – Principais Causas de Frequentes de Utilização de Enfermaria em Hospitais Psiquiátricos (Brasil 2011)

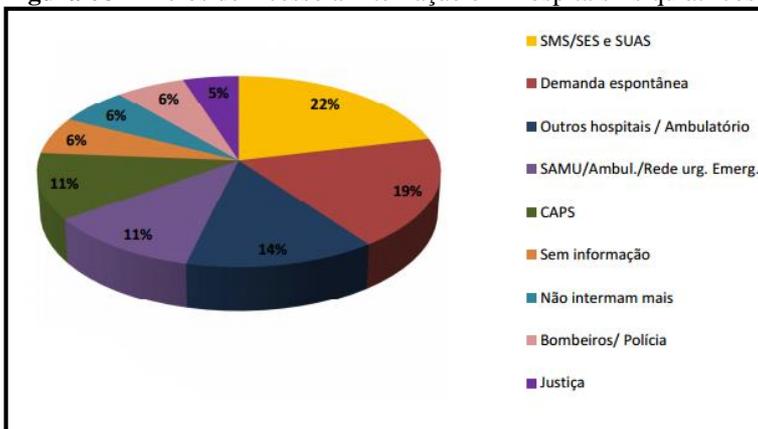


Fonte: BRASIL (2012, p. 23)

Muitas são as causas que podem levar uma pessoa a utilização da enfermaria em hospitais psiquiátricos. Observa-se que 27% dos usuários sofrem com doenças cardiovasculares, sendo estes a maioria. Outros 22% possuem doenças respiratórias, 15% diabete mellitus e apenas 6% dos usuários sofrem com doenças neurológicas.

Sobre os meios de acesso a internação em hospitais psiquiátricos, o gráfico a seguir demonstra os principais meios pelo qual os doentes psiquiátricos passam para chegarem ao ponto de internação em Hospitais Psiquiátricos.

**Figura 08** – Meios de Acesso a Internação em Hospitais Psiquiátricos (Brasil 2011)

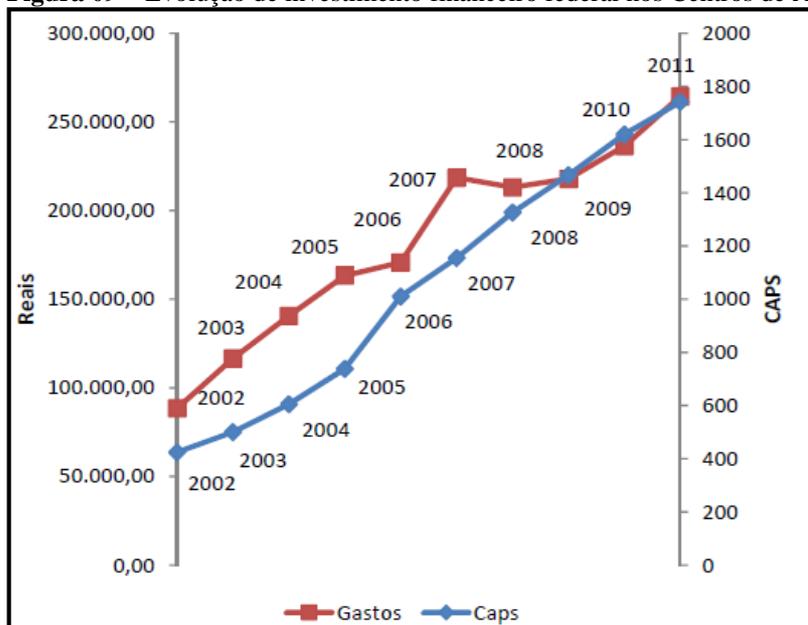


Fonte: BRASIL (2012, p. 27)

Pode-se observar que as maiores demandas são provenientes de serviços de saúde das secretarias municipais de saúde (sede e vizinhos), unidades associadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Observa-se também que uma grande parte, sendo esta 19%, entra por demanda espontânea, 11% são internados por meio de redes de urgência e emergência como o SAMU e 11% tem acesso a internação por meio de Centros de Atenção Psicossocial.

Em relação a evolução de investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial, o gráfico abaixo apresenta em capital financeiro o valor de tal investimento.

**Figura 09** – Evolução de investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial



Fonte: BRASIL (2012, p. 23)

É de grande importância a observação quanto a atenção que o governo oferece aos enfermos psiquiátricos. O presente gráfico permite a análise dos recursos e aumento de serviços prestados pelo governo federal. Em vermelho, pode-se observar o aumento da média de recursos financeiros federais aplicados nos CAPS. Em azul, pode-se analisar o aumento do número de serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial.

## **5 ANÁLISE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE BRUSQUE E DISCUSSÕES: APLICAÇÃO DA PESQUISA E DESENVOLVIMENTO**

Para atingir o objetivo geral proposto de avaliar a conscientização dos familiares dos pacientes psiquiátricos sobre o conhecimento dos seus direitos, foi escolhido o Município de Brusque/SC para o desenvolvimento da pesquisa.

Localizada no Vale do Itajaí-Mirim, em Santa Catarina, a cidade de Brusque foi fundada em 1860 por alemães, irlandeses, ingleses, italianos e poloneses. (NIEHBUR, s/d). Essa mistura europeia de culturas, estabeleceu-se na cidade a partir da criação de um polo brasileiro de indústrias têxteis e ficou conhecida pelo título de berço nacional da fiação. Com uma indústria forte, Brusque tem atraído a cada ano um fluxo migratório intensificado de pessoas vindas de outras cidades, regiões e países.

Além do comércio, a cidade demonstra peculiaridades herdadas dos imigrantes alemães, italianos e poloneses, fazendo com que Brusque apresente características singulares na gastronomia e arquitetura.

Na área da saúde, o município engloba, além do atendimento nas unidades de saúde, assistência farmacêutica, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Centro de Atenção Psicossocial, CTA (DST/AIDS), além de outros serviços, como: fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e fisioterapia.

Economicamente, o município de Brusque promove ações visando desenvolver a indústria, o comércio e o setor agrícola. Além de manter parceria com o SEBRAE para formatar o planejamento nas áreas de artesanato, piscicultura e capacitação de mão-de-obra.

De acordo com a Lei nº 10.216 de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à Saúde – NOAS – SUS – 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 25 de janeiro de 2001, é de suma

importância a prestação de serviços psicossociais no município de Brusque, tendo em vista a grande demanda de casos de transtornos mentais: esquizofrenias, transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, entre outros. O CAPS II de Brusque atende pessoas que receberam alta de hospitais psiquiátricos, e também, pessoas que não necessitam ser internadas, porém necessitam de atenção diária, com atendimento em psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, psiquiatria, serviço social, pedagogia e ainda, conta com outros profissionais de apoio<sup>4</sup>.

### **5.1 Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Brusque**

Com a finalidade de trazer à discussão a situação atual do atendimento psicossocial no município de Brusque/SC, foi realizada uma entrevista com a Coordenação Geral do Centro de Atenção Psicossocial. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a julho de 2014, sendo respeitados os preceitos éticos em relação aos sujeitos pesquisados, mantendo-se o anonimato dos informantes. A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada por se tratar de um importante componente para a realização da pesquisa qualitativa. A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, uma vez que está inserida como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores sociais, enquanto sujeitos-objeto da investigação. (MINAYO, 1994). Paralelamente às entrevistas, criou-se um diário de campo, onde foram anotados aspectos relevantes percebidos durante as entrevistas.

#### **5.1.1 Perfil social dos usuários do CAPS II**

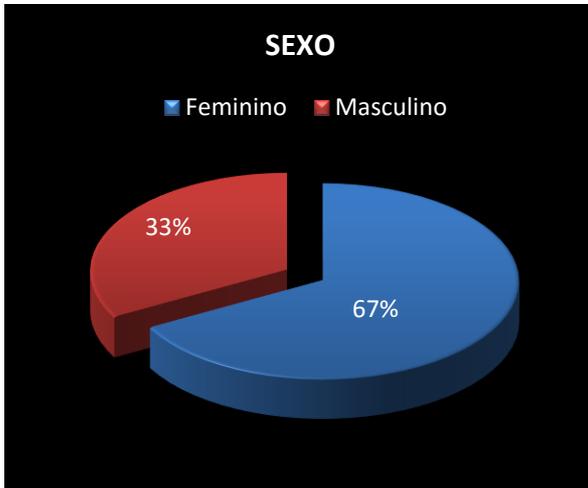
Primeiramente, foi verificado o perfil social dos usuários do CAPS II, sendo constituído por dados de gênero (Gráfico 07) e de sua faixa etária

---

<sup>4</sup> Fonte: PROJETO TÉCNICO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS II NO MUNICÍPIO DE BRUSQUE, 2011.

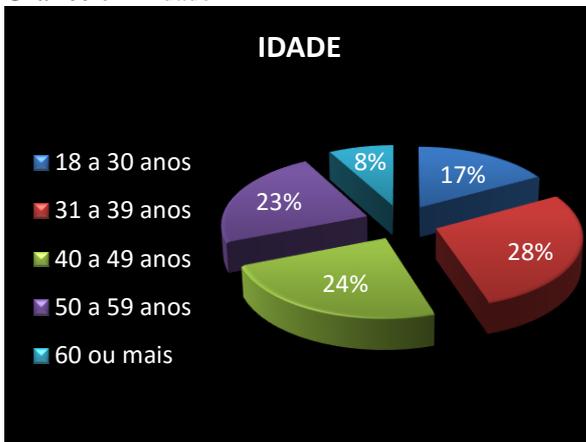
(Gráfico 08). Salienta-se que tais dados foram obtidos em documentos impressos<sup>5</sup> do próprio CAPS II, constituindo este de fonte primária de investigação.

**Gráfico 01 – Sexo**



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

**Gráfico 02 – Idade**



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

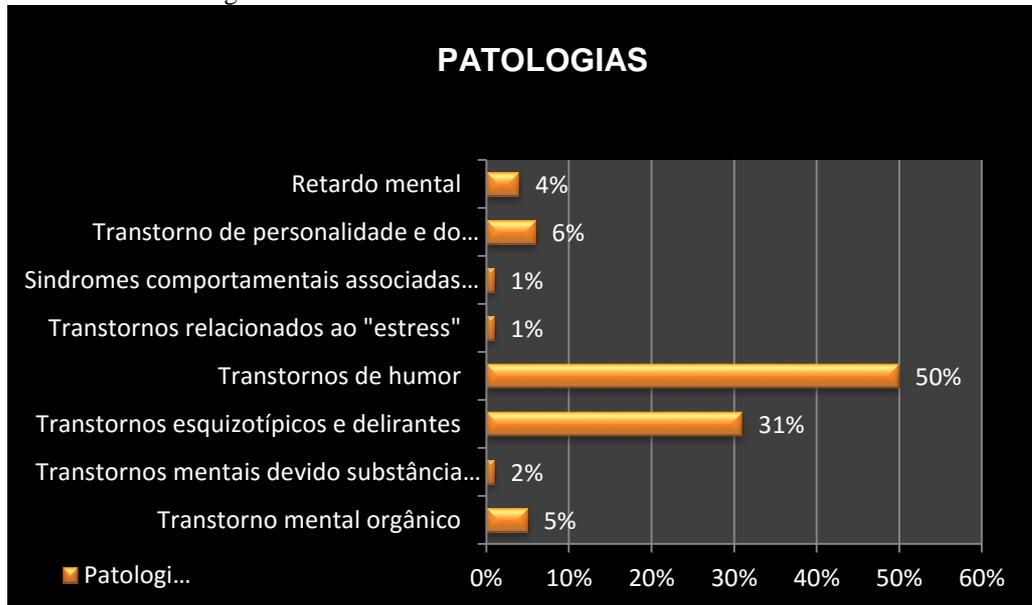
Conforme dados apresentados pelo gráfico 07, dos 132 usuários do CAPS II de Brusque, 33% são do sexo masculino e 67% são do sexo feminino. Em relação a faixa etária (gráfico 08), 17% possuem idade entre 18 a 30 anos, 28% têm entre 31 e 39 anos, 24% possuem entre 40 e 49 anos, 23% possuem entre 50 e 59 anos e 8% possuem 60 anos ou mais.

<sup>5</sup> Fonte: Dados sobre usuários do CAPS. Indicadores: Sexo, Idade, Patologia. Brusque, 2013.

### 5.1.2 Patologias

Para maior entendimento sobre os cuidados prestados aos portadores de transtornos mentais do município de Brusque, torna-se oportuno a averiguação das patologias que aqui são tratadas:

**Gráfico 03** – Patologias



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Segundo o gráfico 09, do total de usuários do CAPS de Brusque, 5% são portadores de transtornos mentais orgânicos, 2% são portadores de transtornos mentais derivados de substâncias psicoativas, 31% possuem transtornos esquizotípicos delirantes, 50% são portadores de transtornos de humor, 1% possuem transtornos ligados ao estresse, 4% são portadores de retardo mental e 1% se encaixa na patologia de transtorno de personalidade, disfunções fisiológicas e a fatores de risco.

Com o objetivo de tornar claro cada patologia, segue abaixo a uma descrição sucinta das doenças diagnosticadas e tratadas no CAPS, segundo o CID10– Código Internacional de Doenças<sup>6</sup>.

- a) **Transtornos Mentais Orgânicos:** Este agrupamento compreende

<sup>6</sup>Fonte: CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/>>. Acesso em: 30 Jul 2014.

uma série de transtornos mentais reunidos, tendo em comum uma etiologia demonstrável, tal como doença ou lesão cerebral, ou outro comprometimento que leva a disfunção cerebral.

b) **Transtornos Mentais devido ao uso de Substâncias Psicoativas:** Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade diversa e pela sintomatologia diversa, porém, tem em comum o fato de todos serem atribuídos ao uso de substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico.

c) **Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes:** Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico, os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

d) **Transtornos de Humor:** Este tipo de patologia reúne transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada).

e) **Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados ao “estress” e transtornos somatoforme:** Essa patologia reúne outros tipos de transtornos de ansiedade (como transtorno do pânico e transtorno misto ansioso e depressivo), transtorno obsessivo-compulsivo (transtorno causado por pensamentos obsessivos e compulsivos, tratando-se, normalmente, de ideias exageradas e irracionais) transtornos dissociativos (condição mental onde um único indivíduo demonstra características de duas ou mais personalidades ou distintas) e transtornos somatoformes (o indivíduo apresenta fisicamente ser portador de determinado transtorno, porém, não há comprovação por exame médico).

f) **Síndromes Comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores de risco:** Aqui se encontram os transtornos de alimentação, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

g) **Transtorno de Personalidade e do comportamento adulto:** Este

agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com terceiros.

h) Retardo Mental: Essa patologia compreende a parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual caracterizado essencialmente por um comprometimento das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, da linguagem, da motricidade e do comportamento social.

### 5.1.3 O atendimento e o funcionamento do centro de atenção psicossocial de Brusque sob a perceptiva da Coordenação Geral

Objetivando uma pesquisa concreta e objetiva sobre o funcionamento do Centro Psicossocial de Brusque, foi realizado uma entrevista com a Coordenação Geral do mesmo. Em primeiro plano foi verificada a quantidade de entidades que tratam os doentes mentais no município de Brusque.

São duas entidades pela saúde pública. O CAPS AD(álcool e drogas) e CAPS 2 (transtornos mentais, que possui atualmente cerca de 140 usuários). Na rede particular, há consultórios de psiquiatras, NAPS (Núcleo de Atendimento Psicológico), SAI psicologia, além de psicólogos na educação e abrigos psicológicos. (Entrevistado 1).

Atualmente, o município conta com duas entidades que oferecem tratamento para os portadores de transtornos mentais em Brusque, sendo uma delas responsável somente pelo tratamento de pacientes dependentes químicos e outra por portadores de doenças mentais crônicas.

Em relação a quantia de verba oferecida ao CAPS de Brusque, obtiveram-se as seguintes informações:

As modificações feitas no CAPS foram muito recentes, anteriormente tínhamos somente um CAPS em Brusque. Até 2014 foi construído o CAPS AD e o CAPS 2, devido a isso existe uma burocracia muito grande, o que acaba atrasando o repasse das verbas. Diante dessas mudanças, o município arcou com as

despesas, e somente após começou a vir verba federal. A quantia fornecida é o suficiente, no entanto, o repasse é precário. (Entrevistado 1).

Normalmente, a quantia supre todas as necessidades dos usuários do CAPS, o que ainda deixa a desejar é a maneira e o tempo que leva para o dinheiro ser repassado.

Em relação a quantia de médicos atuantes no CAPS, foram obtidas as seguintes informações:

Sim. Mas o que necessitamos é de clínicos gerais que entendam sobre doentes mentais. O Ideal seria as universidades ensinarem e incentivarem o tratamento pela saúde mental e pública na especialização dos clínicos gerais. (Entrevistado 1).

Observa-se que o número de profissionais especialista é o suficiente para o tratamento no CAPS, porém, seria ideal um clínico geral para maiores atendimentos aos pacientes. Alguns pacientes se machucam, se queimam, sofrem acidentes, e a busca por um profissional que os atenda fora do CAPS é sempre muito difícil. Médicos de hospitais gerais não são receptivos com portadores desse tipo de transtorno.

Outro ponto discutido foi a diferença existente no tratamento dos pacientes do CAPS AD e do CAPS II:

Os profissionais são normalmente da mesma área. Porém, as formas de tratamento são diferenciadas. Nos dependentes químicos se trabalha a redução de danos e conscientização, quanto aos doentes mentais, serão sempre um paciente com aqueles transtornos, se trabalha para uma melhor convivência, um tratamento por toda a vida. Cada usuário é uma pessoa, um ser humano, cada um com suas necessidades, o CAPS de Brusque trabalha nessa lógica. (Entrevistado 1).

Os profissionais que tratam os doentes mentais e os dependentes químicos são da mesma área, o que os diferencia é o tratamento que cada um presta é a forma em que este se dá.

Outro aspecto abordado foi a distribuição dos medicamentos pelo Estado aos usuários do CAPS II:

Na rede pública de saúde é disponibilizado aos enfermos medicações como antidepressivos, ansiolíticos, etc. No entanto, é muito fácil dar aos doentes um “remedinho pra dormir”, encontra-se muita dificuldade no tratamento para os pacientes saírem do vício que é gerado devido ao uso de drogas lícitas, ainda que prescritas por um médico. (Entrevistado 1).

O Estado oferece médico especialista e medicação para o tratamento do enfermo, porém, muitas vezes o medicamento prescrito torna o paciente dependente, e torna o trabalho de ressocialização dificultoso.

Em relação aos recursos utilizados pelo CAPS para maior sucesso na ressocialização, foram averiguados os seguintes pontos:

Os pacientes participam de apresentações que oferecem maior sucesso na ressocialização, no entanto, encontramos uma grande dificuldade na locomoção desses pacientes para os locais das apresentações. Além disso, é de suma importância que os familiares vejam conversar conosco, no CAPS AD os familiares são recebidos no período noturno, já no CAPS II, recebemos os familiares na parte da tarde. Quanto as palestras para os pacientes, é oferecida por toda equipe do CAPS (terapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, etc.). (Entrevistado 1).

São oferecidas palestras aos usuários do CAPS almejando maior sucesso na ressocialização, além de apresentações feitas por eles mesmos. Porém, a maior dificuldade é a realização do transporte dos pacientes para o respectivo local.

Em relação a internação dos doentes psiquiátricos, foram obtidas as seguintes informações:

Na verdade, o CAPS veio para substituir a internação, em primeiro momento o pacientes ficam conosco e depois, caso não haja possibilidade de ficar no CAPS, encaminhamos para internação, o que acontece somente quando o paciente apresenta risco suicida e agressão a terceiros.

Estamos agora iniciando a colocação de leitos em hospitais comuns, agora há quatro leitos hospital Azambuja, inseridos através do CAPS II. (Entrevistado 1).

A implantação do CAPS visa a desinstitucionalização, que nada mais é que a retirada de enfermos de Hospitais Psiquiátricos para um tratamento diferenciado, com a família, com a sociedade. Não se busca com a

desinstitucionalização somente a retirada do paciente do Hospital e deixá-lo abandonado, mas sim, um tratamento digno fora dos muros dos Hospitais Psiquiátricos e aproximado de uma rotina normal.

Outro assunto abordado foi a quantidade e localização de Hospitais Psiquiátricos em SC:

Hospitais de cunho inteiramente psiquiátrico há somente o IPQ em Florianópolis. E há também uma residência terapêutica para o vale do Itajaí com 8 vagas. A diferença que há entre Asilo e Residência Terapêutica é de que, nos asilos, o paciente é trancado e não sai mais o restante da vida, possui horário para tudo, os doentes, independentemente da idade, acordam as 5h da manhã para tomar banho e as 14h são obrigados a tomar outro banho e irem dormir. Já nas Residenciais, a casa é do paciente, se sentam a vontade e têm cuidado de especialista diariamente. (Entrevistado 1).

Percebe-se aqui que a partir do processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica, a quantidade de Hospitais Psiquiátricos reduziu. Em SC há apenas um hospital de cunho 100% psiquiátrico. É imprescindível aqui lembrar que a Reforma Psiquiátrica visa justamente a reinserção do paciente na sociedade, a redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos e a implantação de leitos em Hospitais Gerais.

Outro questionamento importante foi sobre os doentes mentais que não possuem representante legal ou responsável:

Busca-se sempre o território da pessoa, agentes de saúde comunicam e se faz a busca, em caso de morador de rua oferece-se abrigo, procuramos família. (Entrevistado 1)..

O CAPS busca conhecer sempre o território do paciente, desta forma é possível reconhecer e tratar a enfermidade do paciente com maior facilidade, tendo como consequência maior êxito no tratamento.

Sobre a relação que o CAPS mantém com os familiares dos usuários do sistema, foram obtidas as seguintes informações:

Todos os dias, com exceção da quarta-feira, a família pode visitar o CAPS no período da tarde. Além disso, realizamos visita domiciliar para buscar compreender seu território, a cada três meses há uma visita de dois profissionais. (Entrevistado 1).

Além de receber a visita de familiares no CAPS, também é efetuada a cada três meses uma visita de dois profissionais (variando a cada visita) ao domicílio do paciente.

#### 5.1.4 O atendimento e o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial de Brusque sob a perceptiva dos familiares de portadores de transtorno mental

O questionário foi aplicado no dia 28 de novembro de 2014 durante a assembleia geral do CAPS, realizada no bairro Centro no município de Brusque, na qual havia um grande número de familiares dos usuários da assistência psicossocial. Segue abaixo, conforme Tabela 01, as perguntas realizadas aos familiares:

**Tabela 01** – Questionário aplicado aos familiares

QUESTÕES	SIM	NÃO	SEM RESPOSTA
O portador de transtorno mental é tratado com respeito durante o tratamento?	16	0	0
Você percebe a proteção do doente mental contra qualquer abuso e exploração?	12	3	1
O paciente recebe a atenção médica em qualquer momento para estabelecer se há ou não necessidade de internação?	16	0	0
Você sabia que o doente mental tem direito ao acesso a todos os meios de comunicação disponíveis?	10	6	0
Você sabia que o portador de doença mental só pode ser internado em casos extremos, quando não há outra forma de tratamento?	15	1	0
Você sabia que a internação só acontece se for determinada por médico ou pela justiça?	15	1	0
Você sabia que, caso aconteça algum acidente com o portador de doença mental, o familiar deve ser avisado em menos de 24 horas?	10	6	0
O paciente tem sigilo nas informações que ele passa ao profissional?	14	1	1
Na sua opinião, o paciente recebe o maior número de informações possíveis sobre seu tratamento?	14	2	0
O portador de doença mental participa de alguma atividade no meio em que vive?	10	5	1
O portador de doença mental já trabalhou/trabalha?	6	10	0
O portador de doença mental recebe benefício do INSS?	3	13	0

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2014)

Com base na lei 10.216/2001 que estabelece os direitos dos portadores de transtornos mentais, foram criadas as questões de 1 a 9, com o objetivo de

coletar informações trazidas pelos próprios usuários do CAPS. Conforme os dados adquiridos nas primeiras questões, a grande maioria dos usuários afirma ter o tratamento digno e respeitoso que a lei estabelece. Diante disso, observa-se que cada profissional leva em consideração a necessidade individual do paciente, atendendo-o de forma que ele se sinta bem e não agrave seu quadro, fazendo com que o tratamento se desenvolva com maior sucesso.

Por conseguinte, nas questões relativas a internação (3, 5 e 6), a grande maioria dos familiares responderam que reconhecem o direito do portador de transtorno mental e a forma como deve ocorrer a internação do paciente. O conhecimento dos familiares referente aos métodos da internação (gravidade extrema da doença, ordem médica ou judicial) evita com que o paciente seja impulsionado a uma internação desnecessária, bem como colabora para uma maior segurança do doente em relação ao seu direito de lazer e contato social.

Contudo, ainda é possível verificar dois pontos que obtiveram um maior número de respostas negativas que os demais. Trata-se das questões 4 e 7, as quais consistem em informação de direito ao familiar/paciente. A primeira é referente ao acesso aos meios de comunicação por parte dos doentes, já a segunda refere-se ao direito dos familiares de serem avisados num prazo de 24 horas, caso ocorra algum incidente com o doente, o que dificulta o contato dos familiares com os doentes enquanto estes estão internados ou abrigados numa residência terapêutica.

Ao que concerne as informações prestadas aos profissionais, a maioria dos usuários do CAPS afirmaram que percebem sigilo nas informações prestadas e acreditam receber o maior número de informações possível, o que acarreta maior confiança na relação paciente/profissional, visto que a confiança é um dos fatores mais importantes para a intervenção médica, colaborando para que o paciente se sinta livre para expor ao profissional suas particularidades, essenciais ao desempenho do tratamento.

Em relação as atividades dos pacientes, pouco mais da metade dos

entrevistados responderam que o paciente participa de alguma atividade social, porém, só seis já trabalharam ou trabalham. Para um portador de transtorno psiquiátrico, as atividades sociais são a base para que eles conquistem uma vida em harmonia com o meio que o cerca, portanto, é de suma importância para um doente mental a prática de atividades sociais, que facilitam o desempenho do mesmo numa vida fora dos consultórios médicos e hospitais.

Referente ao recebimento de benefício do INSS, percebe-se que somente três usuários recebem algum tipo de auxílio, porém os usuários e familiares não possuem dificuldade financeira em relação ao tratamento, visto que o mesmo, bem como os medicamentos, são oferecidos pela rede pública de saúde.

Todavia, conforme os dados informados pelos usuários, é perceptível a qualidade da assistência prestada pelo CAPS da cidade de Brusque, ao passo que o trabalho é realizado com a observância dos direitos dos doentes.

Por fim, foi questionado quanto ao grau de satisfação dos familiares em relação ao tratamento, conforme Tabela 06:

**Tabela 02** – Questionário aplicado aos familiares

QUESTÃO	BOM	RUI M	ÓTI MO	NÃO RESPOND EU
Na sua opinião, como é o tratamento oferecido pelo CAPS?	4	0	12	1

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2014)

Conforme os dados obtidos, das 16 famílias, 12 informaram que o tratamento é de ótima qualidade. Entretanto, quatro familiares acreditam numa possível melhora do serviço prestado pelo CAPS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender a eficiência do atual modelo de assistência prestada pelo Estado e para estabelecer o contato com os familiares, é importante a pesquisa de campo realizada, no qual o questionário aplicado trouxe

importantes informações. Pode-se constatar o trabalho realizado em conjunto pelo Centro de Atenção Psicossocial e as famílias, em sua maioria com renda per capita não superior a um salário mínimo, que mesmo com todos os obstáculos procuram a assistência no CAPS.

Dentre os itens pesquisados, destaca-se a questão da informação. É notável o quanto de respostas positivas foram obtidas em relação ao conhecimento dos direitos do paciente psiquiátrico. A informação é um dos alicerces do acesso à justiça e à todo o direito, sendo a base para garantia dos valores prezados pela nossa Constituição.

Por meio de uma análise geral dos questionários aplicados, o elemento mais significativo que pode ser observado é a satisfação dos familiares em relação ao atendimento prestado. É perceptível o grau de participação, de famílias que procuram assistência e participam ativamente do tratamento do familiar doente.

Exemplo disso é o voluntarismo demonstrado em participar dessa pesquisa, com a aderência de 16 famílias, demonstrando seu interesse em assuntos relacionados a doença psiquiátrica e aos Direitos de quem possui esse tipo de transtorno.

Assim, na cidade de Brusque, foi possível constatar um modelo com boa eficiência no tratamento psiquiátrico. Com a participação intensiva dos profissionais da área aliados às famílias, obtendo-se um grau satisfatório de atenção ao paciente psiquiátrico e possibilitando uma relação de respeito e inclusiva, tornando a vida do paciente como sendo o maior bem a ser resguardado e garantindo sua dignidade.

## **7 REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: SDE/ENSP. 1995

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos**: O debate em torno da

reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 11, p. 491-494. 1995.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.0

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos do Sistema Único de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Código de Processo Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm)> Acesso em 20 de outubro de 2014.

BRASIL. **Código Civil**. 53. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARRARA, S. **Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro, RJ: EDUERJ/EDUSP. 1998.

**CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/>>. Acesso em: 30 Jul 2014.

Dados sobre usuários do CAPS. Indicadores: Sexo, Idade, Patologia. Brusque, 2013.

FANTAZIA, M.M. **Saúde mental e questão social**: Construindo o Serviço Social. Bauru: Edite nº. 17, p.149-166, 2006.

FONTANA-ROSA, J. C. **Perícia psiquiátrica**. São Paulo, SP: EDUSP. 1996.

FOUCAULT, M. **História da loucura na época clássica**. São Paulo, SP: Perspectiva. 2000.

GOFFMAN, E. **As características das instituições totais**. In E. Goffman. Manicômios, prisões e conventos (pp. 13-84). São Paulo, SP: Perspectiva. 1974

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, ROSENI, Rosângela de. A reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, março, 2001.

JORGE, Miguel R.; FRANÇA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda**: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MACHADO, R. **Aos loucos o hospício**. In R. Machado. (Org.). Danação da norma: Medicina social e constituição psiquiátrica no Brasil (pp. 423-492). Rio de Janeiro, RJ: Graal. 1978.

MOURA, L. A. **Imputabilidade, semiimputabilidade e inimputabilidade**. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Saúde mental, crime e justiça. São Paulo, SP: EDUSP. 1996.

MURARO, R. M. **Breve introdução histórica**. In H. Kramer & J. Sprenger (Eds.). Malleus maleficarum: O martelo das feiticeiras. Rio de Janeiro, RJ: Rosa Dos Tempos. 1997.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial em SP. **Revista Saúde Pública**. n. 43, p. 8-15. 2009

NIEHBUR, Marlus. **Breve história de Brusque**. Disponível em: <<http://www.brusque.sc.gov.br/web/historia.php>>. Acesso em: 02 fev 2014.

PESSOTTI, I. **Conceito de loucura na Antiguidade**. In I. Pessotti. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34. 1994.

PROJETO TÉCNICO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS II NO MUNICÍPIO DE BRUSQUE, 2011.

RESENDE, H. **Saúde mental**: prioridade de saúde pública? A Saúde no Brasil 1983; 3(1): 140-5.

SOUZA, N.M.A. **A família e seu espaço: uma abordagem de terapia familiar**. Ed. 2. Rio de Janeiro: Agir, 1997.