



FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

POLLYANE ARAÚJO DE MAGALHÃES

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A HUMANIZAÇÃO NA
ÁREA DA SAÚDE MENTAL**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2013

POLLYANE ARAÚJO DE MAGALHÃES

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A HUMANIZAÇÃO NA
ÁREA DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social da Faculdade Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Espec. Pautilia Ferraz Araruna.

JUZEIRO DO NORTE-CE
2013

POLLYANE ARAÚJO DE MAGALHÃES

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A HUMANIZAÇÃO NA
ÁREA DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social da Faculdade Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. MSc. Naedja Pereira Barroso.
(Orientadora)

Prof^a. Espec. Maria Dalva Silva Ribeiro.
(1^a Examinadora)

Prof^a. MSc. Rose-Ane Lucena Lima.
(2^a Examinadora)

“A tirania do silêncio é a maior forma de abandono social. Ouvimos o grito e ignoramos o pedido de socorro”.

(ROSA BERG)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, que ocorreu conjuntamente com os movimentos da Reforma Sanitária na década de 1980, trouxe às pessoas que sofrem transtornos mentais uma nova expectativa de tratamento e cuidado. A desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos que surgiram nos movimentos antimanicomiais, resultaram na criação de estruturas extra-hospitalares de atendimento psiquiátrico, tendo como exemplos os Hospitais-Dia, Centros e Núcleos de Atenção Psicossociais, bem como projetos e programas que visam garantir os vínculos familiares e a integração social. A Reforma Psiquiátrica vem mudar os antigos modelos hospitalocêntricos, buscando uma nova forma de tratamento com os usuários dos serviços e sua família, garantido melhores condições de vida, com o objetivo de desestimular a cultura da loucura. Na ótica acima relatada, o presente estudo foi idealizado com o intuito de investigar o processo de humanização no campo da saúde mental, demonstrar os diversos benefícios que esta política trouxe para os usuários deste sistema, verificado que é um processo lento, o que dificulta no rompimento cultural a que está impregnado na sociedade de maneira geral. Com o estudo, conclui-se que a Reforma Psiquiátrica veio com o objetivo de humanização dos cuidados com as pessoas que sofrem transtornos mentais, trazendo consigo a desinstitucionalização e a diminuição no número de atendimentos em centros manicomiais (psiquiátricos). Foi realizado um estudo de caso e como elementos de pesquisa foram realizados entrevistas e sondagens junto aos Assistentes Sociais acerca da humanização e suas aplicações nas formas de tratamento no ambiente de um hospital psiquiátrico da cidade de Crato/CE. Percebe-se que a Política de Humanização traz uma nova forma no tratar e na importância de se ter um conjunto de estratégias de qualidades na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando o atendimento da saúde no Brasil, tendo como desafio eliminar as ações intervencionistas desnecessárias ao usuário.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Humanização.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, held in conjunction with the movements of the Health Reform in the 1980s, brought to people suffering mental disorders a new expectation of treatment and care. The deinstitutionalization of psychiatric hospitals that have emerged in antimanicomial movements, resulted in the creation of structures outpatient psychiatric care, taking as examples the Day Hospitals, Centers and Psychosocial Care Centers, as well as projects and programs to ensure family ties and social integration. The psychiatric reform comes change hospital- old models, seeking a new form of treatment service users and their families, ensuring better living conditions, in order to discourage the culture of madness. In light of the above reported, this study was designed in order to investigate the process of humanization in the mental health field, demonstrating the many benefits that this policy has brought to the users of this system, noted that is a slow process, which hinders the cultural disruption that is ingrained in society in general. With this study, it is concluded that the psychiatric reform came with the goal of humanizing the care of people suffering from mental disorders, bringing with deinstitutionalization and the decrease in the number of visits to the centers asylums (psychiatric). A case study was accomplished and as research elements interviews and surveys were accomplished the social workers close to concerning the humanization and your applications in the treatment forms in the atmosphere of a psychiatric hospital of the city of Crato/CE. It is noticed that the Humanization Policy brings a new way to treat and the importance of having a set of strategies in the care and management qualities of the Unified Health System (SUS), qualifying health care in Brazil, with the challenge eliminate unnecessary interventionist actions to the user.

Keywords: Reforms Psychiatric. Deinstitutionalization. Humanization.

LISTA DE SIGLAS

CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
HD	Hospital-Dia
HP	Hospital Psiquiátrico
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
CAPITULO I – A TRAJETÓRIA DA HISTÓRIA DA SAÚDE	10
1.1 A Política de Saúde no Brasil	10
1.2 A Reforma Sanitária e sua construção	12
1.3 A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)	14
CAPITULO II – A SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO	16
2.1 A Política Nacional de Saúde Mental	16
2.2 O que é humanização	21
2.3 O Serviço Social na saúde mental	24
3 CAPITULO – A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL	26
3.1 O Serviço Social na caminhada da saúde mental: do hospitalocêntrico para o hospital-dia	26
3.2 Casa de Saúde Santa Teresa / Hospital-Dia	26
3.3 O processo metodológico / Análise de dados	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	36
ANEXOS	39

INTRODUÇÃO

A partir de minha vivência como estagiária da Casa de Saúde Santa Teresa e observando o modo com a sociedade ver e trata os usuários de saúde mental, verifiquei uma maneira de ver e de tratá-los diferenciadamente dos demais cidadãos à nossa volta, como se eles muitas vezes não fossem sujeitos de direitos e sim pessoas que vivem fora da realidade, passando assim a serem excluídos tanto do convívio da sociedade quanto da família, em alguns casos.

Esta situação me inquietou e chamou minha atenção cada vez que um novo usuário chegava trazido pela família ou por outro órgão; a atenção e o modo como se falavam deles e seus direitos (muitas vezes negados), assim como nas coisas mais simples, como em ter um lar, tratando-os como pessoas que nem sabiam o que falavam ou pesavam, sem levar em conta os seus direitos, desejos e anseios por serem iguais às outras pessoas normais, ansiando um aceitação da sociedade por eles. Tem por objetivo identificar a ocorrência ou não do processo de humanização no campo da saúde mental, demonstrando os benefícios para os usuários e as ações do Serviço Social na sua atuação.

Assim, neste trabalho de conclusão de curso proponho analisar o preconceito sofrido por esses usuários e a utilização da humanização como forma de poder ajudar nos setores da saúde mental, compreendendo a cultura e os aparatos da saúde e da sociedade que influenciam nesta visão. A Reforma Psiquiátrica traz a humanização no campo da saúde mental e no tratar com esses usuários, suas famílias e a inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade. As ações do Assistente Social na humanização são de uma alta complexidade, para que se tenha uma interdisciplinaridade entre os profissionais, os usuários e a família, criando vínculos e respeitando o direito do cidadão quanto ao tratamento com menos internações e em convívio com a família e a sociedade.

O primeiro capítulo dá ênfase à trajetória da saúde no Brasil, apresentando suas dificuldades, conquistas e desafios, nos mostrando o quanto melhoramos e as nossas conquistas desde o seu surgimento.

No segundo capítulo falaremos da Política de Saúde Mental com suas mudanças ao longo da história, a Reforma Sanitária com suas conquistas como a Constituição Federal de 1988 (CF/88), a Reforma Psiquiátrica com suas aquisições e melhoras para aos portadores de doenças mentais, o Movimento Hospitalocêntrico

que tem como meta a desinstitucionalização dos manicômios, do Serviço Social e sua atuação na saúde com suas conquistas.

A Política de Humanização que traz um sentido de melhorar a questão da interdisciplinaridade dos profissionais com os usuários deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como um “programa” a mais, mas como uma política transversal, com o papel de articuladora. Ela deve se dirigir, por um lado, à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas, de diferentes políticas de saúde, estabelecendo assim uma nova cultura do cuidado com o usuário e a forma como a sociedade e a família o vê.

No terceiro capítulo destacaremos a realidade da Saúde Mental, apresentando a atuação do Serviço Social tanto no hospital Santa Teresa quanto no hospital-dia, enfatizando em que aspectos estes se diferenciam.

CAPÍTULO I – A TRAJETÓRIA DA HISTÓRIA DA SAÚDE

1.1 A Política de Saúde no Brasil

Ao longo do tempo, a saúde no Brasil passou por vários processos de mudanças até chegar à atual conjuntura vigente nos dias de hoje. No início da nossa colonização não contávamos, ou melhor, não tínhamos nenhuma política de saúde, o que dispúnhamos era um modelo de saúde trabalhado pelos raizeiros ou curandeiros, que cuidavam com remédios extraídos da terra (plantas medicinais).

A inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os boticários (farmacêuticos). Aos boticários cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los (POLIGNANO, s/d, p. 3).

Como não havia saúde disponível para os cidadãos só restava recorrer aos curandeiros ou raizeiros, para poder se curar de qualquer enfermidade, os que tinham condições iam se tratar fora do Brasil ou trazia um médico para tratá-los. Com a vinda da Família Real para o Brasil percebe-se que há a necessidade de se pensar pelo menos em condições mínimas de saúde e esta falta de um modelo sanitário no país deixa muitas cidades brasileiras expostas a diversas epidemias como varíola, peste, febre amarela e malária.

Polignano (s/d) assegura ainda que a saúde do país acabou tendo sérias consequências tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior. Uma vez que o problema de saúde influenciava a vida e a rotina das pessoas também afetou o comércio, em consequência das doenças que se espalhavam na época. Essa problemática acabou levando Rodrigues Alves, então Presidente do Brasil, a nomear Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foi criado um verdadeiro exército no combate ao mosquito da febre-amarela, mais faltavam esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guarda-sanitários” causaram revolta à população, que não tinha consciência acerca do que se tratava tal vacina.

Pela ausência desses esclarecimentos sobre os benefícios da vacinação e para que lhe serviria a população, com medo, se revolta e assim surge a Revolta da Vacina devido ao autoritarismo e aos abusos cometidos à população pelos agentes

sanitários da época, tendo assim um modelo de saúde fiscal e policial.

Na década de 1920, a saúde pública adquire um novo significado, buscando uma tentativa de expandi-lo para todo o país. Ela era organizada por empresas e empresários de grandes estabelecimentos, onde estes eram os que tinham condições de mantê-la; desse modo, entendia a saúde como médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados (BRAVO, 2008, p. 3).

As mudanças ocorridas nas décadas de 1930 a 1964 têm como ocorrência a redefinição do Estado e a criação de políticas sociais, a fim de minimizar as questões sociais, tentando dar respostas a estes conflitos existentes e na saúde em particular, onde se deveriam criar novos aparelhos para contemplar a nova população urbana que crescia e esta dispunha de condições mínimas e precárias de higiene, saúde e habitação. Sendo a saúde dessa época descaracterizada, por ser de saúde pública e previdenciária. No entanto, é na medicina previdenciária que surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais se estenderam a todos as categorias de trabalhadores urbanos e organizados os benefícios da Previdência Social.

As CAPs passaram assim a serem substituídas pelo novo modelo: as IAPs, onde os trabalhadores passam a ser organizados não mais por empresas e sim por categorias, tendo estes um papel significativo na economia, onde a saúde estava ligada à Previdência. A saúde tem um grande declínio, devido aos poucos incentivos e a Previdência um aumento significativo, em função da acumulação do capital vindo da contribuição dos trabalhadores. As IAPs vinham no sentido de controle social de trabalhadores e como uma forma de captação de recursos com poupança forçada; através de seu regime de capitalização, a Previdência Social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação política eleitoreira nos governos populistas.

Ao longo destes dez anos (1964 a 1974), teve-se uma consolidação da hegemonia da burguesia, precisando gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Há a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e

sociais. Já no período de 1974 a 1979, a política social teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de mediar as reivindicações e pressões populares. Enfrentou permanentes tensões entre a ampliação dos serviços, dos recursos financeiros e dos burocráticos (setores estatal e empresarial médico e a emergência do Movimento Sanitário) para mudanças positivas, especificamente na forma de se pensar a saúde.

As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. Contando com novas propostas governamentais, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia [...], surge o Movimento Sanitário (MOTA, 2008, p. 95).

A Reforma Sanitária vem como um movimento de profissionais, estudantes e cidadãos que lutavam por uma saúde para todos e de qualidade. O que nos leva a ter a Constituição de 1988 com a criação de um regime de saúde universal: o Sistema Único de Saúde (SUS), que estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma Ditadura Militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das Diretas Já, a sociedade procurava garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

1.2 A Reforma Sanitária e sua construção

A Reforma Sanitária foi um movimento da sociedade civil brasileira em defesa dos direitos sociais e de um novo sistema social de saúde; contou com a participação

de médicos, políticos, sociedade civil, estudantes, entre outros, tendo como avanço a construção da Constituição de 1988 e a construção do SUS, que agora seria universal no seu funcionamento. Deixando assim a saúde de ser considerada apenas como ações curativas, passando a ser preventivas e entendendo como saúde: moradia digna, lazer e saúde pública.

A Reforma Sanitária ultrapassa o modelo administrativo e financeiro, propondo mudanças tanto no conceito de saúde como nas estruturas da saúde, sugerindo uma nova legislação da saúde na proteção, no cuidado e na recuperação, no sentido de se ter uma saúde mais ampla e moderna, voltada à prevenção e ao cuidado. Tendo nas suas lutas sujeitos indispensáveis para a sua formulação e atuação nas ações pelas melhorias da saúde.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o Movimento Sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor; e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (MOTA, 2008, p. 95).

Segundo Paim (2007), a Reforma Sanitária é uma ideia, um movimento, uma proposta e um processo, o que realmente nos leva a ver o seu surgimento como ideias, no sentido de melhorar a saúde de forma mais ampla, virando manifestação quando levada às ruas para lutar por melhorias e tida como projeto a partir de sua implantação, tendo como conquista uma saúde universal e seus direitos assegurados pela Constituição de 1988, tendo a Lei n. 8.080 para regulamentar o SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha com temas centrais: I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III – Financiamento setorial foi de valiosa importância para essa conquista.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade (MOTA, 2008, p. 96).

Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica (conhecida como Movimento Antimanicomial) estavam juntas na luta por melhorias da saúde de um modo geral e, especificamente, para a saúde mental. Estas lutas trouxeram vários

ganhos para a sociedade, entre eles o aumento do número de funcionários no campo da saúde, ampliando também o social e o Serviço Social, o qual não deve ser visto fora deste contexto de lutas e movimentos sociais. De um modo geral, as lutas trouxeram uma enorme contribuição para o desenvolvimento do Serviço Social no seu processo de atuação nas políticas de saúde mental e da própria saúde, mesmo levando-os a ter um novo direcionamento e atuação neste e em outros campos.

1.3 A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1990, consolidou-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que aponta a construção do SUS, onde é na CF/88 que são estabelecidas as condições para a implantação de novas políticas de saúde e saúde mental. O SUS vem como uma proposta de reestruturação da saúde no país, sendo agora a atual política de saúde.

Entre uma de nossas conquistas está o SUS, que foi uma conquista do Movimento Sanitário, que reuniu nas suas lutas profissionais da saúde estudantes e sociedade, os quais lutavam por melhores condições de saúde. De modo que esta fosse para todos, independente de quem contribuía ou não com a Previdência, uma saúde no sentido mais amplo do seu significado, levando em consideração o social como complemento de se pensar a saúde, mas uma saúde que fosse preventiva e não mais só medicamentosa.

Diante desse contexto, questionam-se: O que seria saúde e como defini-la? Será que saúde é só o adoecimento do organismo ou tem um sentido mais amplo e que envolva outras coisas que nos possa levar ao adoecimento? Vejamos o que diz o dicionário Aurélio acerca da saúde: “estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal” (FERREIRA, 2011, p. 686).

Na Revista de Saúde Coletiva Physis, Camargo Júnior (2007) afirma que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Como vemos, o termo saúde envolve várias coisas, ou seja, não é só o próprio organismo e pensá-la assim seria uma forma de retrocesso.

O SUS veio como universal, ou seja, para ricos e pobres, pois se existem tratamentos que apenas o SUS oferece, como por exemplo, hemodiálise e oncologia, estes devem ser assegurados ao cidadão. O direito ao tratamento independente da situação econômica do usuário, sua etnia e nacionalidade, desde que este esteja no Brasil, tendo-se uma cobertura não apenas na parte medicamentosa, mas também

na preventiva, entre outros.

Em conformidade com Simões (2009), na Constituição Federal de 1988, o SUS conta com certas atribuições, as quais indicam:

- A prevenção e o tratamento de doenças;
- A formulação de políticas pública;
- A execução de ações de saneamento básico;
- O desenvolvimento tecnológico e científico;
- A fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas;
- A colaboração com a proteção do meio ambiente;
- O controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde;
- A vigilância sanitária e epidemiologia;
- A participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde;
- A saúde do trabalhador.

Verifica-se que as novas atribuições que envolvem agora a saúde têm um contexto mais amplo e englobam mais do que a medicação; envolve uma política de habitação de lazer, saúde pública e aspectos sociais. Tudo que possa contribuir diretamente ou indiretamente tem o poder de adoecimento, dependendo da maneira como nos atinge. E o SUS, como uma política de saúde, está obrigado a assegurar o direito a todos os que a ele recorrem, sem nenhum tipo de discriminação ou privilegiamento.

O nosso sistema público de saúde tem em seu modelo o Plano Beveridgiano, que é de caráter universalista e destinado a todos, promovendo o mínimo de garantias sociais para todos que necessitarem. Assim também é o SUS, claro que há muito a melhorar no atual modelo, que muitas vezes é incapaz de oferecer até o mínimo possível e com uma estrutura (por vezes) meramente comercial. A questão da humanização deve ser aplicada para seu melhor funcionamento, de modo que haja integração nas suas estruturas e que funcionários e usuários sejam respeitados e tenham garantidos os seus direitos. A seguir, será focado mais detalhadamente o assunto acerca da humanização.

CAPITULO II – A SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO

2.1 A Política Nacional de Saúde Mental

Ao longo da história a doença mental que era vista como loucura, passou por diversas fases e modelos de ser compreendida. Qualquer pessoa que apresentasse um comportamento diferente do da época, seja por conduta agressiva ou por não concordar com algo do modelo vigente de Estado, era visto e tido como louco, sendo imediatamente encaminhados para cadeias ou manicômios juntos a outros indivíduos excluídos da sociedade.

Na Grécia Antiga, acreditavam que os loucos possuíam poderes divinos. Na Idade Média, eram associados ao demônio e vistos como entes possuidores e, por isso, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome, em casos extremos eram queimados em fogueiras como hereges (BRASIL, 2003, p. 8).

A atual Política de Saúde Mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam os pacientes com transtornos mentais. Este movimento surge com os demais movimentos da época, que entre uma de suas reivindicações estava a melhoria na saúde e a saúde mental; a saúde teria que passar por essas mudanças também com redes mais amplas na cobertura dos serviços de saúde mental. O Brasil teve influência de países europeus na substituição do modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial.

“Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado” (BRASIL, 2008, p. 22).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu como um Movimento Sanitário que vem lutando por melhorias na saúde; por uma saúde que seja preventiva com qualidade para todos, incluído no conceito de saúde aspectos como habitação, lazer, saneamento básico, etc. Esse é um processo político e social que conta na sua luta com sujeitos tanto do poder público como da própria sociedade civil, tendo o intuito de melhorar a qualidade dos serviços e das relações institucionais com valores

culturais e sociais pelo direito dos usuários da Psiquiatria, a fim de mudar as leis existentes, proporcionando mudanças governamentais e nos serviços prestados, oferecendo ao usuário melhores condições de tratamento e como desafio à inclusão desses na sociedade.

Ainda no final da década de 1970, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a inserção de usuários em suas localidades. Os hospitais psiquiátricos foram sendo fechados à medida que se expandiam os serviços diversificados de cuidado. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o exercício de sua cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e da sua família, formando assim redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.).

O desafio que se coloca é um tratamento onde os usuários possam conviver em sociedade e não trancado nos hospitais, mas inseridos em seus territórios. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

A partir da II Conferência de Saúde Mental passam a entrar em vigor as primeiras normas reguladoras para a implantação dos serviços diários e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, com uma rede de atenção integrada à saúde mental, onde os familiares também podem avaliar o atendimento respondendo um questionário e dando suas notas. A aprovação de leis estaduais alinhadas com os princípios reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como também no conjunto da sociedade.

Com a Lei Federal n. 10.216 de 6 de abril de 2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental teve-se novos ritmos e novos impulsos para a Reforma Psiquiátrica, onde se tem maiores ganhos com linhas de financiamentos criadas pelo Ministério da Saúde, promovendo-se assim um processo de desinstitucionalização de pessoas com muitos anos de internação, com financiamentos de programas como o “De volta para casa”, dando uma certa quantia ao beneficiário para que ele retorne para casa. Este programa foi aprovado em 2003 pela Lei n. 10.708 de 31 de julho de 2003, pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tendo como objetivo a inserção da pessoa com deficiência mental com logas períodos de internação ao convívio social, onde os

beneficiários desses pacientes receberiam um pagamento mensal que seria o auxílio reabilitação, para que estes usuários possam conviver em sociedade, saindo assim dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica conta com dois movimentos importantes: a fiscalização e a redução do número de leitos psiquiátricos, apostando numa rede de atenção diária, CAPS e hospitais dia. Sendo um grande avanço para as estruturas físicas dos hospitais e dos fluxos hospitalares. Vale salientar que há cinco tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que prestam atendimentos clínicos diários e promovem a inserção social das pessoas com transtornos mentais na sociedade. Vejamos os tipos de CAPS:

- o CAPS I é de menor porte, tem como público alvo adultos com transtornos mentais severos e persistentes, decorrido do uso de álcool e outras drogas, é necessário para sua implantação de 20.000 a 50.000 habitantes;
- os CAPS II são serviços de meio porte adultos com transtornos mentais severos e persistentes, para sua implantação é necessário se ter mais de 50.000 habitantes;
- os CAPS III realizam atendimentos noturnos quando necessário com internações curtas e de algumas horas, no período máximo de sete dias;
- os CAPSi são especializados nos atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais; para se tê-lo é necessário mais de 200.000 habitantes;
- os CAPSad prestam atendimentos a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, onde para de implantá-lo deve-se ter de mais de 200.000 habitantes ou devido à sua localização geográfica.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

Dessa forma, podemos concluir que a Reforma Psiquiátrica foi um grande avanço para a conquista de melhorias no setor psiquiátrico e foi essencial para o melhoramento das condições de vida dos usuários, mas ainda devemos observar se é realmente necessário a extinção dos hospitais psiquiátricos, pois como se pode ver e constatar existem casos graves na Psiquiatria e que só podem ser tratados com uma equipe qualificada e um local específico, por isso é necessário pensar em um melhoramento nas estruturas e nas equipes, dando assim uma nova roupagem mais humana e mais digna no tratamento com seu usuário.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil está tendo êxito em vários segmentos de atuação, mas infelizmente desde meados dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização, entre outros inúmeros fatores, o movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição dos investimentos públicos no setor de saúde mental (BISNETO, 2009, p. 42).

A Reforma Psiquiátrica junto com a Reforma Sanitária tem influência na forma de se ver e tratar a "loucura", o que vem contribuindo com a política de humanização, que será posteriormente comentada, objetivando superar os impasses colocados para o avanço do SUS no sentido de se ter uma saúde melhor.

No que diz respeito à Psiquiatria, as atuais questões sociais de hoje são as mesmas de antigamente, só que com outras roupagens, apresentando um aumento significativo nas taxas de desemprego, miséria, violência, má qualidade de vida, entre outros, como também o elevado nível de estresse, ansiedade, fobia, dependências químicas, para somar ao número cada vez mais crescente de pessoas com problemas psiquiátricos, trazendo como desafio para a saúde manter uma estrutura boa, equipada e com profissionais capacitados.

- O Movimento Hospitalocêntrico

De acordo com Foucault (1978), a incapacidade ao trabalho leva os loucos, juntamente com mendigos, criminosos, velhos, agitadores e demais excluídos da sociedade, a ocupar o lugar nos antigos leprosários; local que permaneceriam até a morte. Nessa época, a internação não tinha a função de cura, mas sim de tirar do meio da sociedade esse indivíduo, aglomerando em um único lugar estas pessoas excluídas (leprosos, mendigos, criminosos e pessoas com doenças mentais). Esses locais tinham como função a reclusão, com o objetivo salvaguardar a ordem social; não havia preocupação assistencial com os pacientes. Este período ficou conhecido como a 'grande internação'.

No século XVIII e início do século XIX, inicia-se um novo conceito psiquiátrico, quando os médicos Willian Tuke e Philippe Pinel (considerado o pai da Psiquiatria) empreendem a chamada "humanização dos pacientes", tirando suas correntes e introduzindo práticas terapêuticas em seu tratamento, tornando o hospital uma instituição médica. Tal fato deu um sentido mais humano, propondo uma nova forma de cuidar dos pacientes com tratamentos mais humanos e em sociedade, garantindo

seus direito de cidadania.

Na década de 1970 houve várias denúncias dos abusos sofridos por usuários da Política de Saúde Mental, tanto nas redes públicas como na privada; denúncias que passam a ser levadas nos Movimentos Hospitalocêntricos, no Movimento da Reforma Psiquiátrica e a sociedade, de modo que as redes de comunicação mostraram os abusos sofridos por estas pessoas que tinham transtornos mentais.

O Movimento Hospitalocêntrico nos propõe mudanças nas antigas estruturas e conjunturas daquele período, proporcionando melhores qualidades de tratamento com redes mais amplas, que envolva a família e a sociedade, tendo a família como aliada no tratamento dessas doenças.

Os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo ocorreram após a Segunda Guerra Mundial e no Brasil o processo é contemporâneo ao Movimento Sanitário, que luta por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, pela defesa da saúde coletiva, pela qualidade na oferta de serviços e ainda pelos usuários dos serviços de saúde nos processos de uma saúde que assista a todos, abrangendo não apenas a questão medicamentosa, mais a saúde preventiva com novas tecnologias de cuidado, buscando a redemocratização e a humanização nas relações usuário e profissional, envolvendo a relação com as famílias, onde estes usuários têm um acompanhamento periódico pelas redes diárias de saúde mental.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, começa a surgir o modelo manicomial brasileiro, principalmente os manicômios privados. Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado. Dessa forma, cria-se uma 'indústria para o enfrentamento da loucura' (FERRAZ, 2010, p. 4).

Em 2001, é aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216), que garante a extinção progressiva dos manicômios que aos poucos vão tendo suas vagas diminuídas e substituídas pelos hospitais gerais, os quais devem ter um determinado número de vagas para internamentos de pacientes com problemas mentais, contribuindo para o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Neste contexto, se realiza a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com a consolidação do novo modelo.

Essa lei trouxe a desinstitucionalização, que é impulsionada pelo o programa "De volta pra casa", o qual foi devidamente explicado anteriormente. Atravessou um

período que se caracterizou pela construção de rede de atenção à saúde mental substitutiva, ao modelo centrado na internação hospitalar, com fiscalização e redução progressiva do número de leitos psiquiátricos existentes.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam de maneiras inadequadas, com estruturas muitas vezes impróprias para o seu tratamento e mais ainda para sua moradia. Sendo impulsionado pelos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e inspirou-se nas experiências exitosas de países europeus, que agora usavam o modelo comunitário saído dos centros de hospitais psiquiátricos, com a finalidade de intervir no modelo da época, buscando o fim da mercantilização da loucura.

A Reforma Psiquiátrica também é vista como antimanicomial, transformando práticas, saberes, valores culturais e sociais na época para se ter uma sociedade mais preparada para enfrentar os problemas desta área da saúde, tendo um olhar voltado para uma nova forma de se pensar e tratar este usuário.

2.2 O que é humanização

Humanizar tem várias interpretações, dependendo de onde você procure seus significados. Chegamos ao ponto de ter que humanizar nossa sociedade consumista e mercantilista, mais é preciso humanizar o homem, as relações de trabalho e até mesmo as sociais, para podermos respeitar e dar mais dignidade aos usuários e ao contexto que os envolve. Humanizar tem a ver, efetivamente, com lutar por aquilo “que ainda não alcançamos”. Falar de humanização ou de humanizar alguns ambientes, pressupõe partir de uma ideia acerca de como deveria viver e ser tratado o ser humano para realizar-se plenamente.

Em suma, humanizar diz respeito, também, com a competência profissional, com a inclusão das ciências humanas, com a importância dada às relações com os usuários e entre os diferentes profissionais, com modo como se exerce o poder no trabalho. Tem a ver com o modo como se enfrentam os conflitos éticos, com a metodologia seguida. “Humanização é o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos” (BRASIL, 2003, p. 13).

- A humanização vista no conceito de humano e na saúde

Ao ser introduzida na prática sanitária a humanização é mais do que a recuperação dos aspectos aparentes que precisam ser levados em conta, vai além da competência profissional e das relações onde as virtudes pessoais são necessárias para ter uma melhor percepção da saúde. Humanizar afeta as estruturas da saúde, tanto físicas quanto orgânicas, sua acessibilidade e conforto, sua funcionalidade, o modo como se organiza o trabalho e o lugar onde estão situados. “Humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2003, p. 7).

A humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais, e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens, que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.

Na humanização ela nasce dentro do SUS, estabelecendo atitudes ético-estético-políticas com o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, tendo o ético sentido de valorizar o que é humano e sua historicidade cultural. Pois tem no seu modelo a universalização, integralidade, equidade e participação social, construindo uma rede onde cada profissional tenha um olhar treinado para o coletivo, respeitando a historicidade de cada um e do usuário desta política.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar, criado em 2000, assumiu o desafio de ‘ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos cuidados e das condições de trabalho dos profissionais’. Este conceito depende da mudança de atitude em direção a cultura da excelência e da gestão dos processos de trabalho (RIOS, 2009, p. 5).

Humanização diz respeito ainda à mudança de gestão onde devemos notar que somos humanos e não máquinas que só respondem a comandos.

A política de humanização tem alguns princípios norteadores que devem abranger o indivíduo como um todo e não apenas como doente, levando em

consideração suas condições de vida e o que o influencia, estimulando um trabalho multidisciplinar, de modo que o usuário conheça a equipe encarregada de cuidar do seu caso e, em contrapartida, a equipe possa conhecê-lo também, havendo uma ligação entre ambos. Esse vínculo tem por objetivo proporcionar um cuidado mais humano e menos mercantilizando, havendo uma integralidade entre o hospital, a equipe multidisciplinar e o usuário.

Humanização é ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais. Fundada no respeito à vulnerabilidade humana e na crença de que a relação entre dois atores, profissional e paciente, está sempre sujeita a emoções que devem ser guiadas pelo sentimento de compromisso e de compaixão. Assim, sem esquecer a objetividade, é preciso interpretar a experiência de viver a doença, as sequelas e a deficiência (RIOS, 2009, p. 5).

Já nas marcas/propriedades se verifica melhor o sentido de um trabalho multidisciplinar com a humanização no tratamento e no processo existente; quando se refere, por exemplo, à redução das filas, diminuindo assim o tempo de espera destes usuários, dando-lhes mais tempo de vida e condições melhores de tratamento, onde este possa saber qual será o tratamento indicado e se o usuário concordara em fazê-lo, de modo que ele possa ter assegurando o seu direito de aceitar ou não tal tratamento e possa ter o direito de uma gestão participativa.

É imprescindível que haja sempre uma capacitação para os profissionais da saúde, no sentido de melhorar não apenas o acolhimento aos usuários, mas também e o seu próprio trabalho, garantido assim uma jornada de trabalho mais humana para os profissionais e com adequadas condições de trabalho.

Nas estratégias reais temos nos eixos a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em todos os planos estaduais e municipais, com ações que assegurem a participação dos trabalhadores, valorizando o seu compromisso e o seu crescimento profissional no processo de produção, com monitoramento e valorização das ações realizadas junto às demais políticas em relação às necessidades do SUS, na perspectiva da humanização.

Já na implementação da PNH o desafio consiste em eliminar as ações intervencionistas desnecessárias ao usuário, contando com a sensibilidade das equipes para o problema da violência (seja em qual nível for) e tendo na hora dos encaminhamentos uma rede articulada com um sistema de comunicação e informação amplo, de modo que haja um compromisso desses profissionais com o

social, promovendo ações que valorizem o trabalho da equipe e qualificando nas ações e redes do SUS.

Bermejo (2008) nos lembra que humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, sendo visto como ser humano e fazendo parte desse processo, que como tal deve ser visto e assegurado como pessoa de direitos, os quais devem ser respeitados por todos.

Percebe-se hoje que o processo de trabalho se mercantilizou e na saúde não é diferente. Nos nossos trabalhos muitas vezes percebemos que estamos iguais a robôes, apenas executando tarefas. É nesse momento que percebemos que é necessário retomarmos uma ideia que é tão antiga e, ao mesmo tempo, tão comum como a humanização, mas que se sente a necessidade de humanizar algo que já é humano e isto já se encontra até em forma de lei, e por mais absurdo que pareça humanizar o próprio ser humano percebe que é necessário, em virtude do processo de trabalho que nos mercantiliza.

A PNH vem no sentido de repensamos e de garantir um trabalho mais humano, onde o usuário possa ser visto como um ser humano e não como mercadoria, criando vínculos e tendo uma articulação mais ampla entre o usuário, os hospitais e os profissionais. É preciso dar um tratamento mais digno aos usuários e garantir seus direitos, observando e agido como uma equipe interdisciplinar no trabalho.

2.3 O Serviço Social na saúde mental

O profissional nesta área deve tentar tornar mais intrínseca as relações sociais entre o usuário e a equipe multidisciplinar, tendo uma melhoria nas relações usuário e equipe, tornando a saúde comum e a saúde mental mais humana e sociável, criando vínculos e garantido tanto para o usuário como para os trabalhadores seus direitos, deixando o processo de trabalho e de usuário mais justo e menos mercantilizado, tornando-o mais humano para os dois lados, promovendo estratégias de inclusão e de esclarecimento à sociedade sobre o que são as doenças mentais, por se tratar de distúrbios graves.

As ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade e também escapar das referências conservadoras. Isto implica que estes profissionais recorram e se pautem no aparato teórico metodológico da profissão, aliado aos conceitos fundamentais da área da saúde. Para uma atuação pautada na totalidade, é imprescindível que a ação profissional esteja sustentada no conhecimento da realidade dos serviços e

necessidades dos sujeitos para as quais são destinadas, desdobrando-se na definição de projetos que contemplem tais necessidades (KRÜGER, 2010, p. 142).

Norteando-se numa certa tendência em se julgar à sanidade da pessoa, de acordo com seu comportamento sociocultural como, por exemplo, o sucesso no sistema de produção, a postura sexual, etc., onde no fato de não seguir estes padrões o sujeito passa a ser visto como anormal, anti-social, entre outros aspectos. No entanto, para se ter uma doença mental é preciso haver um adoecimento do sistema nervoso, com alterações em algumas substâncias do nosso cérebro (causadas por motivos internos ou externos).

A Psiquiatria clássica considera os sintomas como sinal de um distúrbio orgânico, igual à doença cerebral. Sua origem é endógena, dentro do organismo e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral. Fala-se, mesmo na química da loucura, que inúmeras pesquisas nesse sentido estão em andamento. Nessa abordagem, algum distúrbio ou anomalia da estrutura ou funcionamento cerebral leva a distúrbios do comportamento, da afetividade, do pensamento, etc.

O Serviço Social na área da saúde mental brasileira começa com uma assistência aos trabalhadores, procurando amenizar “as questões sociais”, o capital e os trabalhadores com um trabalho funcional a serviço do capital. Após o ano de 1964, com o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica se tem uma nova forma de ver e trabalhar o Serviço Social na saúde mental, passando a se ter uma cobertura maior aos trabalhadores. Este passa a trabalhar de uma forma mais crítica e menos funcional, tendo também um comprometimento com os direitos humanos destes usuários. Necessidades como saúde, educação, assistência social, moradia, igualdade de gênero, igualdade ético-racial, direito ao mundo do trabalho são imprescindíveis para qualquer cidadão.

No entanto, a década de 1990 vem com uma nova proposta de políticas para o Estado, que é a política neoliberal, diminuindo e cortando gastos dos setores públicos, e a saúde mental como parte desse sistema não poderia ficar de fora do corte desses gastos. Isso é percebível nas diminuições do número de vagas dos hospitais psiquiátricos, aumentando o número de moradores de ruas com transtornos mentais, gerando uma negligência por parte do Estado que acaba deixando para a sociedade a responsabilidade de cuidar de algo que não lhe compete.

CAPÍTULO III – A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL

3.1 O Serviço Social na caminhada da saúde mental: do hospitalocêntrico para o hospital-dia

Observa-se que o trabalho do Serviço Social na saúde mental teve diferentes períodos. Na década de 1950 este trabalho era simplesmente rotineiro, burocrático e sem nenhuma intervenção transformadora na vida do paciente ou da família. A partir da década de 1970 isto começou a mudar, tanto em função do movimento do Serviço Social como também pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, apresenta-se um modelo de superação da liberdade para os serviços de atenção psicossocial diários, dependendo das necessidades de cada indivíduo. Também se teve um projeto profissional embasado na teoria social de Marx.

Assim, o campo do trabalho do assistente social e sua atuação passam de burocratas e de reguladores do usuário para um atendimento que possa ir além do isolamento, compreendendo as relações sociais e o espaço familiar, para que haja a continuidade do tratamento fora dos hospitais.

Propondo um tratamento humanizado, devem-se oferecer todas as condições para que os pacientes sintam que estão recebendo um atendimento completo. Atuar diretamente com a família dos pacientes, com suas habilidades técnicas incentiva-os a verbalizar dúvidas existentes junto aos profissionais, com o objetivo de contribuir para o bom atendimento aos doentes, fomentando a humanização e promovendo a qualidade dos serviços, além de melhorar o canal de comunicação entre os setores, possibilitando um trabalho mais entre pacientes, funcionários e as famílias.

3.2 Casa de Saúde Santa Teresa / Hospital-Dia

Contamos com uma equipe profissional formada por: 01 (um) professor de artes, 06 (seis) auxiliares de serviços, 04 (quatro) cozinheiras, 03 (três) psicólogos, 03 (três) assistentes sociais, 04 (quatro) psiquiatras, 01 (um) terapeuta ocupacional, 04 (quatro) enfermeiros, 02 (duas) recepcionistas, 01 (uma) digitadora, 15 (quinze) técnicos de enfermagem, 01 (uma) costureira e 03 (três) porteiros.

Fundada em 21 de junho de 1970, a Casa de Saúde Santa Tereza possui um

arquivo com sete mil prontuários de pacientes que compõem a história da Psiquiatria no Ceará. Muitos serviram para julgamentos de crimes da Região. A unidade de saúde também funciona como um hospital-escola para os estudantes de Medicina, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem das faculdades do Cariri.

A Casa de Saúde, que disponibilizou cerca de 300 (trezentos) leitos, atualmente conta apenas com 172 (cento e setenta e dois) leitos para atender a toda a demanda do Cariri e Estados vizinhos, sendo 100 (cem) para o masculino e 72 (setenta e dois) para o feminino. Este número de leitos é insuficiente para atender a todos que necessitam. A Casa de Saúde Santa Tereza, atualmente em funcionamento, atende ambos os sexos a partir de 18 (dezoito) anos e menores de 18 (dezoito) anos só com ordem judicial e que sofram de transtornos mental, psicótico e neurótico graves.

Esta instituição teme fechar as portas depois da Reforma Psiquiátrica, que tem como finalidade a substituição dos hospitais psiquiátricos com estilo asilar pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm por objetivo a substituição desses hospitais em todo o país. Eles têm como regime o atendimento diário, procurando evitar os internamentos nos hospitais psiquiátricos, pois eles contam com atendimento ambulatorial e rodas de conversas com os que estão mais orientados.

- Hospital-Dia

O Hospital-Dia (HD) foi criado em 05 de maio de 2008 sendo de caráter misto, pois é privado, mas tem convênio com o SUS. Desenvolve programas de atenção e cuidado intensivo, tendo como missão fortalecer a estrutura interna da pessoa com transtorno mental, melhorando as relações sócio-familiares, diminuindo a quantidade de internações e reinserindo-lhe na sociedade.

O HD fica integrado ao Hospital Santa Teresa e surge com a Reforma Psiquiátrica, a qual vem romper as internações dos hospitais psiquiátricos. O público alvo dos HD é formado por pacientes que sofrem de algum transtorno institucionalizado, com várias internações em um curto período de tempo, trazendo prejuízos a este indivíduo. Atendendo ambos os sexos, a instituição funciona das 07h:30min as 03h: 30min todos os dias e conta com uma equipe de 02 médicos psiquiátricos, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 terapeuta ocupacional, 02 técnicos em enfermagens, 01 auxiliar de serviços gerais e 02 professoras que trabalham em parceria com o Estado.

3.3 O processo metodológico / Análise de dados

Este trabalho originou-se de um estudo documental de natureza qualitativa, que segundo Neves (1996, p. 1):

Ela costuma ser direcionada ao longo do seu desenvolvimento, não buscando enumerar ou medir eventos, geralmente não empregando instrumentos estáticos para análise de dados. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato com o objeto de estudo.

Para Moscovici (2003), representando-se uma coisa ou uma noção, não produzimos unicamente nossas próprias ideias e imagens: criamos e transmitimos um produto – uma representação social – progressivamente elaborada em inúmeros lugares, segundo regras variadas. Assim, percebemos que a pesquisa documental envolve pesquisas em jornais, revistas, livros, documentos pessoais, questionários, entre outros, onde através desse estudo foi possível obter informações e chegar aos resultados esperados.

Com o método da pesquisa bibliográfica teremos o estudo de livros e artigos científicos e uma entrevista. Este método tem como vantagem o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplos do que aqueles que poderia vir a pesquisar diretamente. Este método ocorre por intermédio de análises de documentos e buscas de informações, feito de forma racional e obedecendo a determinadas regras.

Com o objeto de fundamentar a presente pesquisa, foram utilizadas obras de autores renomados no assunto, que versam sobre do trabalho do assistente social na humanização da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica.

Para a realização da pesquisa foi feita uma interlocução como o assistente social nos hospitais psiquiátricos e os hospitais dia, na atuação do profissional no campo da humanização da saúde mental para o melhoramento e a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

O estudo realizou-se no Hospital-dia, na Casa de Saúde Santa Teresa e no CAPS, onde os nomes das entrevistadas foram mantidos em anonimato. Estas responderam a um questionário com perguntas que contemplavam o trabalho do Serviço Social na Humanização da saúde mental, ampliando assim a visão do que é humanização na saúde mental e como isto ocorre.

- Análise dos dados

Foram realizadas 3 entrevistas no período de 05 de outubro a 05 de novembro de 2013 com Assistentes Sociais que trabalham diretamente com a saúde mental em hospitais psiquiátricos e em redes do CAPS na cidade do Crato. Em todas as entrevistas tinham perguntas estruturadas (abertas e fechada) e semi-estruturadas (subjetivas), para melhor compreendermos a percepção de cada entrevistada.

1. Ao questionar se elas acham que os hospitais psiquiátricos devem ser desativados, obtiveram-se como respostas:

AS1 nos disse que não, pois ainda são necessários por que os outros serviços são insuficientes no tratar desses casos;

AS2 também afirmou que não, pois é onde o paciente fica quando está em crise, mas se deve ter um melhoramento no tratar desses pacientes;

AS3 argumentou que não, mas se não oferecer um tratamento com qualidade aos pacientes serão fechados automaticamente.

As três entrevistadas são contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos, cada uma por um motivo específico, mas ao fim todas concordam que ele deve existir e ter melhorias nas estruturas para proporcionar um melhor atendimento e se este, por sua vez, não conseguir estas melhoras deverá então ser desativado.

2. Quando indagadas acerca de qual a importância da família no tratamento do usuário, as respostas foram:

AS1 disse ser algo de extrema importância para o tratamento desses usuários, no sentido de informar e de dar continuidade ao tratamento e a uma melhoria de vida ao usuário quando estiver em seu recinto. Deve haver um entrosamento maior entre a família dos usuários e a equipe de funcionários, onde estes profissionais conhecem a família e os problemas em questão e ao redor deste usuário precisa haver uma certa cumplicidade no desenvolvimento do trabalho em equipe;

AS2 falou que é fundamental a participação da família. Sem esse suporte, tudo se torna mais difícil em termos de precaução do surto e bem estar do mesmo;

AS3 afirmou ser parte importante para se ter uma continuidade ao tratamento e integração na sociedade.

Todas deixam claro o quanto é de extrema importância o papel da família no tratamento da pessoa que sofre com problemas psiquiátricos, tanto na recepção quanto na convivência em sociedade e no retorno ao processo de trabalho. Este apoio diminui o número de internamentos desses pacientes e auxilia na continuação do tratamento.

3. A pergunta seguinte buscava saber se os hospitais-dia são considerados como formas de humanizar a saúde mental, onde se obteve como respostas:

AS1 diz que sim, pois é um serviço que faz parte da Reforma Psiquiátrica que melhora muito a condição do paciente crônico e da família também; é destinado aos pacientes crônicos cujo quadro seja evolutivo, ou seja, não atinge mais o nível desejável, impedindo-o de se tornar independente para cuidar de si mesmo e para trabalhar;

AS2 concorda, pois percebe nele uma multiplicidade mais próxima do usuário, criando vínculos entre usuários, família e a equipe do hospital. É preciso respeitar o direito do usuário e mostrar quais são seus deveres, tornando o processo de trabalho menos mercantilizado e mais humano;

AS3 também afirmou que sim, que o HD surgiu na Reforma Psiquiátrica em 1992, com o intuito de diminuir o número de internamentos dos hospitais psiquiátricos, mais não é o que se observa hoje, pois estes estão servindo apenas para internamentos, como era o caso dos hospitais psiquiátricos.

As três concordam que o hospital-dia vem como uma forma de humanizar a saúde mental nos dias atuais. No entanto, a terceira entrevistada afirmou que nos dias atuais estes serviços estão parecidos com os dos hospitais psiquiátricos, servindo com modelo de internamentos.

4. Quando interrogadas sobre se o profissional de Serviço Social ver o CAPS como uma forma de humanizar a saúde, teve-se como resultados:

AS1 disse que sim, pois o paciente crônico é cuidado de forma mais humana, uma vez que ele que contava apenas com a internação (HP) que não lhe dava a atenção devida. O paciente do CAPS é cuidado de forma a prevenir o surto e a reintegrá-lo à família, a sociedade e ao trabalho;

AS2 falou que concorda, pois ver nele um olhar mais próximo do usuário, criando vínculos entre usuários, família e a equipe de profissionais. Respeitando o direito do usuário, mostrando seus direitos e devolvendo-o ao mercado de trabalho;

AS3 argumentou que os CAPS veio como forma de reintegrá-los à sociedade, a família e ao mercado de trabalho, informado os direitos desses usuários e com um tratamento mais humano do que o que se tinha nos hospitais psiquiátricos.

Observa-se que as instituições do CAPS e hospitais-dia são forma que se tem de humanizar o tratamento destes usuários da saúde mental, pois os tira dos internamentos prolongados nos hospitais psiquiátricos e recoloca-os em convívio com a sociedade e a família. Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe o fechamento de muitos hospitais e colocou um novo modelo de atendimento diário, onde o portador de transtorno mental passa a ter o exercício de sua cidadania. Trazendo serviços abertos com a participação do usuário, diminuindo o estigma da incapacidade vista na nossa sociedade.

Os profissionais de Serviço Social inseridos neste contexto são mediadores entre usuário, família, instituição e a equipe disciplinadora do trabalho; cabe-lhes o dever de promover palestras, reuniões e grupos terapêuticos para apreender as particularidades que emergem no cotidiano dessas classes populares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por finalidade explorar algumas questões das Políticas de Saúde Mental, desde a Reforma Sanitária que proporcionou grandes avanços constitucionais para a sociedade e saúde, até o Movimento Psiquiátrico no Brasil que veio para revolucionar, transformando o modelo tradicional de saúde psiquiátrica de aprisionamento em meios de inclusão e tratamentos psicossociais.

Dando ênfase à Política de Humanização, que traz uma nova forma de atendimento para a saúde mental, apresentando estratégias para se alcançar a qualificação da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com projetos de qualificação de vínculos interprofissionais entre usuários, família e na produção da saúde.

Um aspecto que merece ser ressaltado é que os hospitais dia e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como formas de revolucionar o modelo hospitalocêntrico, trazendo uma nova cultura no atendimento às pessoas que sofrem transtornos mentais, reabilitando-os em sociedade, com tratamentos psicossociais diários, bem como serviços especializados e de acordo com as necessidades de cada pessoa, buscando a reinserção e integração dessas pessoas a uma vida “normal”, sem grandes períodos de internações, proporcionando melhorias para o seu convívio familiar e social.

Desta maneira, o Assistente Social é chamado a se constituir como um dos agentes intelectuais de “linha de frente” nas relações entre instituição e população, entre os serviços prestados e a solicitação desses mesmos serviços pelos interessados, sendo sua presença indispensável dentro deste novo contexto, por ser um profissional que trabalha com o indivíduo, resgatando valores por ele perdidos por determinados fatores da vida social, como trabalho, saúde, moradia, família, etc.

Pode-se verificar pelas respostas obtidas com base nas entrevistas que é visível a importância dos hospitais-dia e dos CAPS para termos uma Política de Saúde Mental mais humana e cidadã no tratar das pessoas acometidas por esses males, oportunizando melhores cuidados e um tratamento diário.

Constatou-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos e a Casa de Saúde Santa Teresa, como um deles, teve algumas alterações nas suas estruturas internas, como a redução no número de seus leitos, onde passou de 300 para 172, tendo uma diminuição de 128 leitos e

o fechamento de várias alas, hoje contando apenas com duas alas funcionando e uma terceira que faz parte do hospital-dia.

A realização deste trabalho permitiu grandes conquistas do campo da saúde mental; não poderia deixar de observar que o estigma social que essas pessoas sofrem ainda é muito forte, não só pela própria sociedade, mas principalmente por seus familiares. Há uma necessidade de uma constância maior das famílias e da sociedade em reuniões, congressos, seminários, palestras e tudo que possa envolver comunicação, como uma forma de romper com a velha cultura de que as pessoas com transtornos mentais são improdutivas, incapazes de conviverem bem em sociedade e que devem ter seus direitos de cidadãos negados ou de serem interditados por outra pessoa, por acharem que são incapazes.

REFERÊNCIAS

BERMEJO, J.C. **Humanizar a saúde, cuidado, relações e valores**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BISNETO, J.A. **Serviço social mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BORGATO, C.T. **A gestão social na perspectiva democrática: o profissional de serviço social como gestor**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/882/861>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Brasília: Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2003.

_____. **Política nacional de humanização hospitalar**. Brasília: 2003.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Saúde Mental. *In.*: **Cadernos de atenção básica**, nº 34. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.

_____. Ministério Público Federal. **Direito à saúde mental** (Cartilha). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, s/d.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. *In.*: BRAVO, M.I.S. (org). [et al.]. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. Conceitos de saúde/doença e a produção acadêmica. *In.*: **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n.1. Rio de Janeiro: jan./ apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100001&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 set. 2013.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. **Contribuição para um exercício profissional comprometido com a defesa dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e resoluções sobre o trabalho do/a assistente sócia**. Brasília: CFESS, 2011.

DEVERA, D.; ABÍLIO, C.R. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *In.*: **Revista de psicologia da UNESP**, 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: dicionário de língua portuguesa. Rio de Janeiro: Positivo, 2011.

FOUCAULT, M. **Historia da loucura**. São Paulo: Perspectivas, 1978.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: 2007.

KRÜGER, T. R. O serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. *In.*: **Revista Serviço Social & Saúde**, v. IX, n. 10. Campinas: UNICAMP, dez. 2010. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814>. Acesso em: 21 out. 2013

MESQUITA, J.F.; NOVELLINO, M.S.F.; CAVALCANTI, M.T. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *In.*: **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu, MG: ABEP: 2010.

MONTEIRO, I.M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *In.*: **Caderno de pesquisa em administração**, v. 1, n. 3, 2. sem. São Paulo: 1996.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2012.

PRADO, K.F.; SILVEIRA, F.C.L. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *In.*: **Contemporânea: revista de sociologia da UFSCAR**, 2012.

RIOS, I.Z. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

RODRIGUES, A.C. Serviço social e humanização: experiência da residência em saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *In.*: **Revista Serviço Social & Saúde**, n. 12. Campinas: UNICAMP, dez. 2011.

ROSA, L.C.S. **Saúde mental e serviço social: o desafio da Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

SERVIÇO SOCIAL. **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABSPSS, 2009.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, V.R. **Contra-reforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO 1

1. O hospital-dia e o CAPS são uma opção na humanização do trabalho à pessoa com transtorno mental?

2. Como a família é vista neste espaço?

3. Qual o trabalho do hospital-dia diante as pessoas com transtornos mentais?

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO 2**

1. Você acha que os hospitais psiquiátricos são realmente necessários?

Sim Não, porque?

2. Você acha que os hospitais psiquiátricos devem ser desativados?

Sim Não, porque?

3. Há lazer regulamente nesta instituição?

Sim Não

4. O que você acha do hospital psiquiátrico?

5. O que você acha do hospital-dia?

6. O profissional de Serviço Social ver o CAPS como uma forma de humanização à saúde?

7. Você considera importante a participação da família no tratamento?

Sim Não, porque?

8. Os hospitais-dia em sua opinião são considerados como formas de humanizar a saúde mental?

Sim Não, porque?

ANEXOS

ANEXO A

RESOLUÇÃO CFESS Nº 383

De 29 de março de 1999

O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais; Considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho; Considerando que a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços; Considerando que se atribui ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais

EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde

Legislação e Resoluções sobre o Trabalho do/a Assistente Social

e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde; Considerando, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do assistente social; Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde.

Conselho Federal de Serviço Social

Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999;

RESOLVE:

Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

VALDETE DE BARROS MARTINS
PRESIDENTE DO CFESS

ANEXO B

PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Marcas/prioridades

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

1. No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.
2. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.
7. No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
5. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
6. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
7. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
8. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

ANEXO C

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

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

ANEXO D

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.