



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**GERALDO MOLLICK BRANDÃO**

**DIREITO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O**  
**ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

**Palhoça**  
**2009**

**GERALDO MOLLICK BRANDÃO**

**DIREITO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O  
ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Psicologia da Universidade do Sul de  
Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção  
do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ana Maria Pereira Lopes, Msc.

**Palhoça**  
**2009**

**GERALDO MOLLICK BRANDÃO**

**DIREITO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O  
ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do Título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina

Palhoça, 23 de junho de 2009.

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora Ana Maria Pereira Lopes, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Gabriela Luiza Campos, Esp.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Psic. Sandra Ribeiro de Abreu, Msc.  
Psicóloga da Unidade Básica do Bairro Bela Vista, Palhoça/SC

*Dedico esta pesquisa*

*A minha querida esposa Lúcia,  
Aos meus pais Geraldo Lopes Brandão e  
Maria Waltrudes Mollick Brandão  
(in memoriam)  
Ao Padre Sabino Gentile  
(in memoriam)  
As pessoas com transtornos mentais e  
A você que está lendo esse trabalho*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço aqueles que me acompanharam nessa jornada, em especial a minha esposa Lúcia da Silveira por seu companheirismo, compreensão e amor.*

*Aos meus familiares, sobretudo as minhas irmãs Maria Theodora Mollick Brandão, Maria Coeli Mollick Brandão e ao meu sobrinho Alessandro Rodrigo Brandão Tavares que sempre me apoiaram nessa caminhada com questionamentos, histórias de vida, amor e carinho.*

*A minha amiga Fabiana de Souza pelas lições de vida que com ela aprendi nesse processo de pesquisa.*

*Aos amigos Neomar Narciso Borges Cezar Júnior, Ana Claudia de Melo e Rui de Oliveira por todas as nossas conversas e ensinamentos.*

*Agradeço aos amigos Paulo Bravo e Edivaldo Nascimento pelo constante apoio nas horas em que eu mais precisava.*

*Agradeço de coração ao Dr. Hermano de Paiva Oliveira por acreditar e respeitar o ser humano.*

*Agradeço aos participantes dessa pesquisa que se disponibilizaram a falar sobre sua vida e contribuíram com a realização desse estudo.*

*Ao meu amigo e Prof. Adriano Henrique Nuernberg pelos seus ensinamentos em suas aulas descontraídas e alegres.*

*As minhas colegas de TCC Gislaine Machado, Silvia Correa e Vanessa Andrade Manoel pelos momentos alegres nas aulas de supervisão.*

*Agradeço a minha Professora e Orientadora Ana Maria Pereira Lopes pelo incentivo, paciência e dedicação constante nessa pesquisa.*

*Aos componentes da banca Prof<sup>a</sup> Gabriela Luiza Campos e Psicóloga Sandra Ribeiro de Abreu que muito contribuíram para a realização dessa pesquisa.*

*Aos Professores da UNISUL Nádia Kienen, Maria do Rosário Stotz, Zuleica Pretto, Ana Maria Lima da Luz, Anita Bacellar, Maria Angela Giordani e Paulo Roberto Sandrini pelos ensinamentos transmitidos e a todos os Colaboradores do Curso de Psicologia pela presteza nos atendimentos.*

*Aos Colaboradores da Unidade Básica de Saúde de Palhoça pelo acolhimento, pelos momentos de descontração e ajuda durante os estágios.*

*Agradeço ao Núcleo Castor de Estudos e Atividades em Existencialismo (NUCA) principalmente ao Prof. Pedro Bertolino por transmitir seus conhecimentos e suas experiências, a Prof<sup>a</sup>. Lara Beatriz Fuck e ao Prof. Fernando José Gastal de Castro pelas orientações profissionais, pelos esclarecimentos e incentivos na minha formação em psicologia.*

*[...] o sujeito portador de transtorno mental internado em uma instituição psiquiátrica é “antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu”.*

*Basaglia*

## RESUMO

Na concepção de Michael Foucault (1979) o isolamento era considerado como método de alijar pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (PTM). Crítico a isso, Basaglia (1982) propõe mudanças que possibilitaram aos PTM novas condições de atendimento que se traduzem em serviços em saúde, de forma a contemplar um atendimento promotor de dignidade e cidadania. Nesse sentido, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei n. 10216/01, determina a construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico que, além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), deve ser contemplada com serviços ambulatoriais em saúde mental e serviços nas Unidades Básicas de Saúde. Nesse novo cenário de atendimento o direito do PTM é preconizado no atendimento. O presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção de usuários de um serviço ambulatorial quanto ao seu direito de informação a respeito de sua doença e de diagnóstico e tratamento no processo de atendimento. Esta pesquisa foi realizada em um ambulatório de saúde mental que funciona nas dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS), do bairro Bela Vista do município de Palhoça/SC. Caracteriza-se como qualitativa e exploratória, utiliza como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e foi efetuada com cinco PTM. A análise dos dados coletados foi efetuada através da organização de categorias seguidas da análise do conteúdo. Os dados das entrevistas permitem entender que o tratamento ocorre de modo centrado na medicação e, que fatores sociais e econômicos não são observados no processo de atendimento. Observa que os PTM percebem os atendimentos em Saúde Mental de forma confusa, evidenciando-se falhas no cumprimento da legislação em vigor. Logo, os atendimentos aparecem como precários, confusos, sem diálogo, dificultando, assim, informações sobre saúde mental, e a realização de encaminhamentos para os pacientes. Percebeu-se dessa maneira, a necessidade de trabalhos educativos para os profissionais e usuários, capacitação profissional e de controle social para o cumprimento da lei, de acordo com os ditames da Constituição Federal de 1988 e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Palavras-chave:** Direito. Portador de Transtorno Mental. Serviço de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

## LISTA DE SIGLAS

- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CD-R – Compact Disc Rewritable
- CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- PTM's – Portadores de Transtornos Mentais
- SCAN- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
- SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina
- UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1	TEMA .....	10
1.2	DELIMITAÇÃO E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA .....	10
1.3	JUSTIFICATIVA .....	14
1.4	OBJETIVOS .....	17
<b>1.4.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>1.4.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	18
2.2	DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....	22
2.3	DIREITO À SAÚDE DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS .....	24
2.4	A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	27
<b>3</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>32</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA .....	32
3.2	PARTICIPANTES OU FONTES DE INFORMAÇÃO .....	33
3.3	EQUIPAMENTOS E MATERIAIS .....	33
3.4	SITUAÇÃO E AMBIENTE .....	33
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.6	PROCEDIMENTOS .....	34
3.6.1	Seleção dos participantes ou fontes de informação .....	34
3.6.2	Contato com os participantes.....	34
3.6.3	Coleta e registro de dados .....	36
3.6.4	Organização, tratamento e análise de dados .....	36
3.6.5	Quadro de objetivos e categorias .....	37
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>38</b>
4.1	A RELAÇÃO COM ADOECIMENTO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	38
4.2	A RELAÇÃO COM O ATENDIMENTO e TRATAMENTO.....	44
4.3	RELAÇÃO DO USUÁRIO COM SEUS DIREITOS .....	49
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO A - LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. ....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO B – Código de Ética Médica .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO C – Folha de rosto CONEP .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO E – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO G - Termo de Consentimento específico para gravação em áudio .....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) oferece ao acadêmico estágio em núcleos orientados: Psicologia e Saúde e Psicologia e Trabalho Humano. O presente estudo faz parte do núcleo orientado Psicologia e Saúde, que tem o Centro de Saúde Bela Vista do município de Palhoça, como um dos seus locais de estágio.

A UNISUL tem como propósito oferecer ao acadêmico o conhecimento prático, no campo de estágio, sobre a realidade da saúde em nossa sociedade. Nesse contexto, esta pesquisa visa verificar, com os usuários de um serviço ambulatorial em saúde mental que funciona dentro do Centro de Saúde Bela Vista, sua percepção acerca do atendimento, de seus direitos no processo de atendimento em saúde mental. Com o propósito de unir o conhecimento teórico a prática de estágio, torna-se possível ao acadêmico a apropriação teórica da Psicologia.

A idéia de pesquisar o direito das pessoas atendidas pelo Serviço de Saúde Mental surgiu a partir do atendimento clínico, na disciplina de Estágio no Núcleo de Saúde do curso de Psicologia da UNISUL, no semestre de 2008-1. Nesse estágio foram atendidos pacientes diagnosticados pela psiquiatria como Portadores de Transtornos Mentais (PTM), sendo que, nesse momento, surgiu o interesse em conhecer a percepção dos usuários sobre os seus direitos durante o atendimento, e as informações prestadas pela equipe médica sobre a sua psicopatologia.

A presente pesquisa está dividida em introdução, referencial teórico, método, análise e interpretação dos dados e, considerações finais. No primeiro item, introdução, contextualiza o tema, a delimitação e formulação do problema, a justificativa e os objetivos do estudo. No segundo item, o referencial teórico, aborda questões relativas a reforma psiquiátrica, ao direito do paciente, à legislação, à saúde e à doença das pessoas com transtornos mentais. No terceiro item, o método, caracteriza a abordagem da pesquisa, os participantes e os procedimentos que serão utilizados durante a pesquisa consoante as normas éticas e legais vigentes. No quarto item, desenvolve a análise e a interpretação dos dados. Nesse item, os dados estão categorizados *a posteriori* e relacionados aos objetivos desta pesquisa concomitante ao referencial teórico que respalda a mesma. O quinto item apresenta as considerações finais, que sintetiza o trabalho e oferece a sociedade sugestões de prática e pesquisa.

## 1.1 TEMA

A pesquisa tem como tema, estudar a percepção das pessoas com transtornos mentais acerca de seus direitos nos serviços de saúde mental.

## 1.2 DELIMITAÇÃO E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Até o século XX, os primeiros passos em direção à Saúde Mental foram dados de forma excludente, para Foucault (1979), o isolamento era o método de alijar pessoas como mendigos, leprosos, “loucos” e pessoas enfermas em geral. A história do hospital inicia como uma casa de isolamento daqueles que não possuíam condições ou comportamentos adequados para viverem em sociedade (FOUCAULT, 1979). E, o que se tem hoje, em pleno século XXI, em termos de atendimento à Saúde Mental, traz diferenças e semelhanças em relação aos atendimentos praticados no fim do século XVIII.

Um grande momento de mudança dessa realidade pode ser visto em Basaglia (1982), que propôs uma série de transformações no final do século XX na Itália. Dentre elas, as que acabam com as medidas institucionais de contenção e criam condições para reuniões e confrontos entre o pessoal médico e os pacientes, possibilitando à pessoa atendida a dignidade de um cidadão. Propôs, também, a criação de grupos organizados, que pudessem influir e decidir sobre a vida institucional a que estavam submetidos.

Segundo Amarante (1998), no Brasil, esse processo de mudança tem o marco na I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, cuja conferência orientou os trabalhadores de saúde mental para o combate à psiquiatrização do social, bem como, orientou para a democratização das instituições e das unidades de saúde, com o apoio da sociedade civil e com oposição à tendência hospitalocêntrica.

Nessa época, foi apresentado o projeto de “Lei n. 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais” (PONTES; FRAGA, 1997, p.46). Esse processo resultou na Lei n. 10.216/2001 (ANEXO A) que dispôs sobre um novo modelo de tratamento para as pessoas com transtornos mentais no Brasil, ocorrendo, também, a proibição da construção de

novos hospitais psiquiátricos, bem como a internação foi direcionada como último recurso e o tratamento preconizado no modelo comunitário.

Em relação à internação, o art. 4º dessa Lei determina que: “em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. E, na internação psiquiátrica, conforme o art. 6º “somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”. Dessa maneira, se deu lugar ao credenciamento de novos leitos em hospitais gerais, na tentativa de desinstitucionalizar o atendimento psiquiátrico e, toda uma rede substitutiva foi e vem sendo construída por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) somada a algumas iniciativas de atendimento na Atenção Básica de Saúde em saúde mental (BRASIL, 2004).

O CAPS é o Centro de Atenção Psicossocial que está voltado a assistir pessoas com problemas de saúde mental, individual e coletiva. De acordo com o Ministério da Saúde (2008, p.1)

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma: Municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental; Municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPSi, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental; Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

O CAPS II é um serviço ambulatorial de atenção diária, cujo objetivo é oferecer um espaço terapêutico para o tratamento e acompanhamento dos pacientes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e que necessitam de cuidados intensivos (BRASIL, 2004). Além disso, tem como objetivo reinserir o paciente na família e na sociedade, promover a independência e autonomia do paciente e reabilitar o paciente, tendo em conta suas potencialidades, a fim de inseri-lo em atividades produtivas (BRASIL, 2004).

De acordo com esse novo modelo cada paciente terá um projeto terapêutico individual, desenvolvido por uma equipe multiprofissional e, ao paciente, será oferecido atendimentos psiquiátrico, psicoterápico, psicopedagógico, psicossocial, psicológico e serviços de enfermagem (BRASIL, 2004). À família, serão oferecidas orientações e informações individuais e em grupo quando as questões dizem respeito ao paciente do CAPS (BRASIL, 2004). Não são pacientes do CAPS II, os dependentes químicos (álcool e outras drogas) e deficientes mentais sem transtorno mental (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), além dos CAPS, a Atenção Básica deve contemplar os serviços em Saúde Mental, cujo atendimento inclui egressos do CAPS, bem como as pessoas da comunidade do Posto de Saúde (BRASIL, 2004). Contudo, ainda é muito recente esse serviço, com poucos profissionais atuando, por isso é necessário planejar ações que possibilitem a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, o respeito a seus direitos e liberdade. Tudo isso definido por uma política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica, para um modelo substitutivo de base comunitária, amparados na Lei n. 10.216/2001 e nas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contida na Carta de Caracas (1990) e nas normalizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, mesmo com essas iniciativas que visam organizar uma rede substitutiva do hospital, a psiquiatria clássica ainda permanece em algumas ações, isso se verifica na citação:

O modelo clássico restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social; incentiva a especialização da profissão médica minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico do sujeito; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica; consolida o curativismo, por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa. (COSTA; 1995, p.11)

Do mesmo modo, a medicalização dos pacientes continua em foco no tratamento e as terapias de apoio quase inexistentes nesses serviços que ainda não acontecem em rede. Uma ação constante do campo da psiquiatria pode ser vista ainda afirmando a manutenção de antigos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental, sobretudo pautada na manutenção da visão farmacológica do atendimento.

Há uma tentativa de afirmação de uma perspectiva de atenção centrada na lógica biológica apenas. Os pacientes psiquiátricos, por não terem ainda a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico instalado adequadamente de acordo com a política são tratados, portanto, com medicações que têm a função de controlar os seus acessos emocionais e substituem eficientemente as contenções mecânicas e o enclausuramento em hospitais psiquiátricos. Observa-se, dessa maneira, que a mudança ocorreu na forma de conter o usuário. Anteriormente, a contenção ocorria por meio do enclausuramento em Hospitais Psiquiátricos e pela medicalização excessiva; atualmente, essa contenção continua sendo realizada pela medicalização.

Exemplo disso é o estudo descritivo de Soares e Toyoko (2006) sobre o funcionamento de um centro de atenção psicossocial localizado no interior paulista. Nessas as autoras concluem, pelos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, que a influência organicista no cuidado prestado pelo serviço de saúde valoriza o profissional médico, dá ênfase na terapêutica medicamentosa e a importância da abordagem terapêutica sobre os sintomas apresentados pelos usuários. O combate à psiquiatrização e o incentivo à democratização das instituições e das unidades de saúde vem acontecendo diante de debates e discussões acerca de uma atenção qualificada na prestação do atendimento em saúde mental.

Um exemplo dessa realidade pode ser visto no Ambulatório de Saúde Mental que funciona junto ao Posto de Saúde Bela Vista onde se realizou esta pesquisa. Nessa instituição, os pacientes são atendidos ambulatorialmente, quando já não precisam de um atendimento especializado como um CAPS e quase sempre, pacientes com quadros menos comprometedores como os transtornos de humor e transtornos somatoformes, assim como pessoas que apresentam sofrimentos diversos.

Ora, trata-se de um tipo de atendimento essencialmente medicamentoso, haja vista o número de pacientes que são atendidos, pois o serviço é destinado a todo o município que tem 122.471 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, 2001), por meio de um psiquiatra, sem qualquer outro tipo de atendimento de caráter psicossocial. Além disso, há o problema de praticamente inexistir serviços que ofereçam outras modalidades além da médica para o atendimento. É importante salientar que o Município de Palhoça está legalmente amparado, conforme a Política Nacional em Saúde Mental pelas portarias ministeriais 336/02 e 189/02 (Brasil 2002a; 2002b) que institui os CAPS II, CAPSi, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental para os Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes.

Mas, será que o Município de Palhoça está recebendo estes benefícios? E se os serviços existem como eles são percebidos pelos usuários? Assim, havendo um processo de desconstrução da organização manicomial e sua substituição por uma proposta digna de saúde mental, por meio da regulamentação dos direitos dos PTM na Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que diz respeito aos direitos dos PTM's, questiona-se, então: **como essas pessoas acometidas de transtornos mentais percebem atualmente os seus direitos no processo de atendimento em saúde?**

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Entender a percepção dos usuários de um serviço ambulatorial em saúde mental acerca de seus direitos no processo de atendimento em saúde mental é contribuir para a instalação da política de saúde mental. Por meio deste estudo será obtida a percepção dos pacientes quanto a seus direitos que poderão contribuir para se colocar essas leis em prática, tendo assim a possibilidade de proporcionar a inclusão social e a autonomia dos pacientes portadores de transtornos mentais.

Nesta pesquisa, serão conhecidas as situações que ocorrem em contexto privado, de difícil acesso. As pessoas com transtornos mentais, para além de sua história de segregação, têm ainda no modelo clínico, de atendimento, poucas informações que podem ser acessadas. O estudo da percepção do direito, contudo, tem sua importância porque adentra no contexto da clínica, gerando um diálogo com este, pois, os pacientes com transtornos mentais fazem parte do modelo médico-psicológico de análise. Segundo Amarante (2007, p.169):

É exatamente nessa discussão da clínica que vemos como ainda nos apegamos bastante – com todo o nosso “progressismo” e nosso avanço político, nós profissionais de saúde, mais particularmente, os psis – a clínica. Nós temos também de saber desconstruir a clínica; temos de saber olhar para o sujeito, olhar para a experiência humana, para além da clínica, como uma outra forma de olhar para a experiência vivida que não se restringe ao olhar do sintoma, da psicopatologia. Se a relação continua a se dar sempre por meio da clínica, mesmo que “ressignificada” ou “ampliada”, a relação será sempre com a doença e não com os sujeitos.

Pode-se dizer que mudanças, nesse modelo, precisam ocorrer. Desse modo, a presente pesquisa compreende que elas podem ter como um caminho o da inserção das questões do direito na clínica, ampliando a consideração da pessoa atendida, pois de acordo com o pensamento de Amarante, os autores Szasz (1974), Fernandes (1993), Sadock's e Kaplan (2007) citam que os diagnósticos psiquiátricos podem se tornar “rótulos” dados aos pacientes, para que isto não ocorra é necessária uma postura ética e cuidadosa na comunicação e esclarecimento.

Relacionado a isso Carlat (2007, p. 129), apresentou estudo comparativo entre os “diagnósticos de rotina” encontrados nas fichas médicas com o “diagnóstico padrão” utilizando como instrumento de pesquisa o DSM. A pesquisa resultou em 50% (cinquenta por cento) de divergência entre os diagnósticos e concluiu que “o modo como as coisas são feitas na maioria das clínicas comunitárias cheias de pacientes pode não ser tão direito”

(CARLAT 2007, p. 129). O que permite entender que não se trata de tecer uma crítica a esses instrumentos de trabalho, mas sim, ressaltar a importância ética do exercício profissional em relação ao uso dos mesmos, requerendo um olhar aos espaços sociais e históricos.

Em vista disso, o DSM-IV (p.30- 31) fundamenta que:

A ampla aceitação do DSM em âmbito internacional indica que esta classificação é útil para a descrição dos transtornos mentais tal como são experimentados pelos indivíduos no mundo inteiro. Contudo, as evidências também sugerem que os sintomas e o curso de diversos transtornos do DSM-IV são influenciados por fatores culturais e étnicos [...] A elaboração de um diagnóstico segundo o DSM-IV é apenas o primeiro passo de uma avaliação completa. A fim de formular um plano de tratamento adequado, o médico invariavelmente necessitará de muitas informações adicionais acerca da pessoa que está sendo avaliada, que vão além das exigidas para fazer um diagnóstico do DSM-IV.

Além das questões de pertinência teórico-práticas quanto ao uso de instrumentos em saúde mental, convém destacar a importância desta pesquisa nas ações referentes à aplicabilidade legislação em saúde mental. A Lei Deputado Paulo Delgado, Lei n. 10.216/2001, que diz respeito aos atendimentos em saúde mental de qualquer natureza, dedica parte às questões de direito, dispondo que a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos seus direitos. Já o Código de Ética Médica (ANEXO B) também esclarece ao paciente sobre:

as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença, [...] ficando proibido ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar [...] sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento [...]; permitir ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar e explicações necessárias à sua compreensão salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ao seu responsável legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988, p.1-7)

Sendo assim, esta pesquisa pode contribuir para conhecer acerca das nuances de como direitos que são garantidos por lei, quando de seu descumprimento, podendo trazer fenômenos da ordem da subjetividade. Por meio desta pesquisa, poder-se-á verificar a percepção dos pacientes quanto à qualidade no atendimento em Saúde Mental frente às reais necessidades dos PTM.

Além disso, poderão ser analisadas: a) quais as mudanças que deverão ser feitas nesse atendimento para que os PTM tenham assegurados a sua proteção e seus direitos e, b) Dados acerca do âmbito da subjetividade da pessoa que tem seus direitos vilipendiados. Esses aspectos poderão servir de nova dimensão ao debate de coletivos organizados que denunciam

sobre os possíveis abusos na assistência na atenção básica a esses pacientes pelo descumprimento dos seus direitos e proteção assegurados por Lei.

A fim de identificar trabalhos já desenvolvidos sobre esta temática, realizou-se um levantamento bibliográfico na biblioteca eletrônica Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Ministério da Saúde, acessados em setembro e outubro do ano de 2008. As buscas não localizaram estudos sobre o tema *percepção do pacientes portadores de transtornos mentais sobre os seus direitos durante o atendimento em saúde mental*. Contudo, verifica-se que nos sites acessados, nesse período, existem pesquisas que tratam do direito do paciente, sob a ótica do legislador, e não sobre a percepção que os pacientes têm sobre os seus direitos.

Dallari (1988) resume que a simples declaração de direitos não resolve o problema da saúde. Faz-se necessário construir estruturas que permitam garantir o direito declarado e que o município se responsabilize pela segurança do direito à saúde com a participação da sociedade brasileira.

Soares e Toyoko (2006) deram enfoque ao cuidado organicista, à valorização profissional do médico e à abordagem medicamentosa sob a ótica do usuário atendido pelo serviço. Concluíram que o saber psiquiátrico dos médicos ocupa um lugar privilegiado nesse serviço.

No tocante à Legislação, Bertolote (1995) cita os direitos dos doentes mentais e algumas experiências internacionais. Além disso, concluiu que a via legislativa é lenta e que a promulgação de muitas leis importantes têm sido a confirmação de mudanças já ocorridas na prática.

Basaglia (1985, p.107 apud GRUNPETER, COSTA, MUSTAFÁ, 2007, p.511) comenta que o sujeito portador de transtorno mental internado em uma instituição psiquiátrica é “antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu”. Conforme o autor supracitado que discorre sobre os Direitos Humanos e as contradições do sistema de produção capitalista, que a luta antimanicomial é uma forma de garantir os direitos e reinserção social dos “chamados loucos”.

A implementação e a garantia dos direitos dos PTM são estudadas por De Tilio (2007, p.195), que comenta que os códigos legislativos brasileiros os qualificam como incapazes e perigosos. E, ainda concluiu que se faz necessário a “reestruturação dos códigos e das práticas para que se consiga efetivar os direitos desses cidadãos”.

Existe vasto material sobre direito, reforma psiquiátrica, legislação, direitos humanos, direito cíveis e penais relativo aos “loucos”, porém, não se encontrou artigo sobre os direitos percebidos pelos próprios pacientes com transtornos mentais. Sendo assim, esta pesquisa almejará contribuir para a desmistificação das pessoas com transtornos mentais como aquelas alijadas dos seus direitos e deveres.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

Verificar com usuários de um serviço ambulatorial em saúde mental, sua percepção concernente ao seu direito de informação a respeito de sua doença e de seu tratamento no processo de atendimento em saúde mental.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a percepção dos usuários sobre a repercussão do diagnóstico psiquiátrico recebido no processo de atendimento em saúde mental.
- b) Identificar a percepção dos usuários sobre o atendimento prestado pelo Serviço de Saúde mental.
- c) Identificar os conhecimentos dos usuários, de Serviço de Saúde mental, sobre os seus direitos de informação a respeito da doença.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

As pessoas acometidas por transtornos mentais, segundo Foucault (2003), foram, ao longo dos últimos séculos, retiradas da sociedade e mantidas nos hospitais, cuja função era a de “limpar” o convívio dessas pessoas das cidades. Ainda, conforme Foucault (2003), tal ação junto a estas pessoas se justificava haja vista que estas revelavam um sinal diabólico que precisava de exorcismo, os tratamentos eram punitivos e justificados pela Igreja, única instituição que teria o controle de expulsar o mal.

Em 1780, segundo Foucault (2003), o hospital foi considerado como espaço de cura. Contudo, as pessoas portadoras de transtorno mental eram vistas como “desviadas” ou “loucas”, ficando, assim, abandonadas. Foucault (2003) também apresenta que Phillipe Pinel iniciou a classificação dos doentes neste espaço e, organizou-o como espaço asilar, mas submeteu os internos dessas instituições a um tipo de “tratamento moral”. A única finalidade do hospital era que as pessoas continuassem excluídas da comunidade, isto é, através do tratamento moral, o sujeito era impedido de voltar a conviver na sociedade.

Nessa mesma direção Goffmann (2008) considerou tais instituições como instituições totais, no sentido de que estas tinham como tarefa suspender a possibilidade de manifestações do *eu*, tendo total ação sobre aquelas pessoas que dela faziam parte. Segundo a definição de Goffman (2008, p.22) os hospitais psiquiátricos são considerados instituições totais:

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu.

O primeiro hospício no Brasil, para Teixeira (1997), foi inaugurado em 1852, durante o governo de D. Pedro II, no Rio de Janeiro, cujo funcionamento era baseado nos hospitais europeus. Em seguida, com a separação da Igreja com o Estado, ao mesmo tempo em que em outros países esse processo também ocorria, o hospital transformou-se em um local da ciência, logo os médicos usavam-no para suas pesquisas e aplicações, no sentido de descobrir por meio da lógica da ciência quais os motivos que tornavam as pessoas acometidas

por transtornos mentais alienadas do mundo a sua volta e ameaçadoras para si e para a sociedade.

Nesse contexto, Lancetti e Amarante (2006) afirmam que o termo alienação mental foi conceituado por Pinel e usado na medicina para substituir o termo “loucura”. Alienação é um termo de origem latina=*alienatiu* que significa separação, ruptura, delírio, estar fora de si, fora da realidade, podendo ainda ser empregado como alienígena no sentido de estrangeiro. A obra do escritor Machado de Assis do séc. XIX, intitulada “O Alienista” ilustra essa realidade, apesar de ser uma obra literária e não científica, é uma produção que critica o conhecimento médico psiquiátrico já neste século.

No Brasil, conforme Amarante (2003), a psiquiatria clássica herdada da Europa era o modelo de assistência à saúde mental. Desse modo o sujeito ficava internado nos manicômios, a margem do convívio comunitário. Segundo Amarante (2000), por meio dessas práticas os sujeitos ficavam cada vez mais dependentes e isolados do convívio social. Além disso, o tratamento era violento, as práticas violavam os direitos dos sujeitos, aumentando assim os óbitos e os gastos em saúde mental. Como se pode ilustrar com a citação:

O modelo restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica e organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social, incentiva a especialização médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica, consolida o curativismo por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa. (AMARANTE, 2003, p. 11)

Esse processo se reproduziu no país ao longo dos últimos séculos. Nesse período foram construídos inúmeros os hospitais psiquiátricos junto aos grandes centros urbanos. Tais instituições eram pautadas na exclusão sendo as terapêuticas medicamentosas e restritivas o centro dos processos interventivos.

As possibilidades de mudanças, segundo o Ministério da Saúde (2005) nesse cenário ocorreu apenas no final do século XX. Momento importante nesse processo foi no ano de 1978 que marcou o início do movimento social que luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Imerso nesta realidade estava Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que contava também com os trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, além de familiares, associações de profissionais e pessoas que tiveram internações psiquiátricas.

Conforme Ministério da Saúde (2005) surgem então as primeiras propostas e estratégias para se efetivar um novo modelo em saúde mental. Momento marcante foi o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, cujo lema adotado era: “Por uma sociedade sem manicômios”, ocorrendo neste mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Desse modo, por meio de reflexões e destas ações, percebeu-se também que era necessário discutir a relação aos direitos humanos com a psiquiatria e a justiça, assegurando aos PTM os seus direitos. Como se verifica na seguinte citação:

[...] que seja assegurado o direito ao acesso a todos os recursos disponíveis, dentre eles o atendimento multidisciplinar, a liberdade de escolher se quer ser tratado e de escolher o terapeuta. (AMARANTE, 2003, p. 73)

Contudo, conforme Amarante (2003), somente em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei 10.216. Tal lei se tornou possível a partir da apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, o qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tal projeto de Lei tramitou pelas casas legislativas superiores durante 12 anos, sendo que para sua aprovação foram inúmeras as ações de movimentos sociais que lutam pelos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, como o Movimento da Luta Antimanicomial. Somente ao final desse processo o Estado passou a ter responsabilidade por meio legal das políticas de saúde mental. Contudo tal processo ainda carece da mudança de outros paradigmas relativo no âmbito da afirmação desses direitos e no âmbito técnico, como se verifica na citação seguinte:

[...] direito a saúde significa, garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. [...] esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização pelo texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (AMARANTE, 1998, p.77)

Consoante Amarante (2003), para que de fato seja efetivado e construído o campo da Reforma Psiquiátrica, este deve passar por transformações que o mesmo chama de dimensões, a saber: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural. A dimensão epistemológica visa mudanças no saber, nos estudos, nas pesquisas em saúde; a dimensão assistencial requer transformações nas práticas dos serviços, nas capacitações profissionais; na

dimensão jurídico-política busca-se obter estratégias de ações a fim de lutar pelos direitos, efetivar o controle social e na dimensão sócio-cultural, tem como objetivo o auge da Reforma Psiquiátrica, que é o de atingir o imaginário social, uma nova visão em saúde mental nos campos antropológicos e sociológicos.

Desse modo, conforme Amarante (2003), o tratamento, ou seja, o projeto terapêutico, não deve seguir uma linha única. Deveria, no entanto, ser composto de diversas profissões e formações, e ainda operar “uma ruptura de conceitos como doença, terapêutica, cura, ciência, técnica e o conceito de verdade” (AMARANTE, 2003, p.61), pois, estes estigmatizam e excluem as pessoas com complicação psicológica.

Nesse sentido, para Amarante (2003), a clínica toma uma dimensão ampliada, o olhar torna-se biopsicossocial, ou seja, a interdisciplinaridade vem atuar nos CAPS e UBS, considerando as questões biológicas juntamente com as psicológicas e sociais. A visão de projeto terapêutico, e de tratamento, passa a co-responsabilizar os sujeitos tornando-os autores do seu processo com sua história, seu campo antropológico e sociológico, como se verifica na citação a seguir:

É a mobilização de um amplo e ativo coletivo, militante no campo social, ‘loucos pela vida’, que busca criar novas experiências para a transformação da vida (e não somente da assistência psiquiátrica). Muito pouco seria possível fazer sem que as formas de vida fossem modificadas. Numa ideologia, em um universo profissional, que se aproxima cada vez mais do laboratório neuro-fisio-endócrino, distanciando-se do conhecimento antropológico e clínico do sujeito, em que a psicopatologia é substituída por propedêuticas reducionistas do tipo DSM IV, Scan, CID 10, não se torna possível um fazer humanista (não é possível saber medicina sem saber o que o homem diz Corpus Hipocrático) (DESVIAT, 1998, p. 132).

Para o Ministério da Saúde (2005), o processo da Reforma Psiquiátrica só é possível com a participação da comunidade, da família, dos gestores dos SUS, dos profissionais de saúde e dos setores políticos. Desse modo, não se pode ficar enrijecido nos CAPS, mas as equipes do PSF nas UBS próximas da realidade comunitária devem ter ações de promoção, proteção e reabilitação; o desafio é este: o de construir uma política pública que contemple a saúde mental. Logo, é necessário que a clínica seja renovada transcendendo o antigo modelo assistencial curativo.

Corroborando a esta afirmação verifica-se:

[...] o trabalho dito terapêutico dos profissionais, que antes também se restringia ao hospício, e antes ainda as atividades de controle e de vigilância, características das instituições totais, o de tratamento médico tradicional, como administração de fármacos ou de terapias biológicas (eletroconvulsoterapias, lobotomias), agora se

ampliava para a atuação no território. Assim é que surge a noção de trabalho de base territorial, isto é, um trabalho que se desenvolve no cotidiano da vida da cidade, nos bairros, nos locais onde as pessoas vivem, trabalha e se relacionam. O território não apenas a região administrativa, mas a das relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem numa dada sociedade. (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p.624)

Nesse contexto das UBS e da noção de território, no PSF, “[...] os PTM deixam de ser números de prontuários; eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas” (LANCETTI e AMARANTE, 2006, p.628). Há, portanto, a possibilidade de nestes espaços ser construída uma relação de intimidade, ou seja, de aproximação entre os pacientes e profissionais da área de saúde, que se conhecem pelos nomes, por exemplo, o que denota uma proximidade do território existencial e geográfico de cada usuário. O foco passa a ser o sujeito e a entrevista diagnóstica o ponto de partida do tratamento e, não o enrijecimento em quadros e padrões. Como ilustra a citação:

A entrevista diagnóstica, na verdade, tem como meta final o tratamento, não o diagnóstico. É importante manter esse objetivo em mente durante a entrevista, ou o paciente poderá não retornar para uma segunda consulta, e o seu diagnóstico, rigorosamente elaborado segundo os ditames do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição (texto revisado) (DSM-IV-TR), vai acabar esquecido em um prontuário fechado, dentro de um arquivo. (CARLAT, 2007, p.23)

Conforme Amarante (2003), o sujeito, antes excluído agora pode vir a ser protagonista, em um cenário que a Reforma Psiquiátrica traz consigo a desinstitucionalização. A desinstitucionalização não busca somente a retirada de manicômios, mas sim é um comprometimento com um processo ético, que visa reconstruir saberes, poderes e práticas, buscando efetivar novos conceitos, transformando os serviços, os dispositivos, os espaços, as práticas jurídicas enfim a clínica social, isto é, um processo com novas relações, reconhecimento de novas ações para assim produzir “novos sujeitos de direito, e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, p.50, 2003)

## 2.2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O debate sobre o direito do paciente no setor da saúde e as lutas sociais por mudanças, em andamento desde a década de 70, culminaram com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988, e tem provocado mudanças significativas na gestão e

organização das instituições públicas de saúde. Tais mudanças afetam o financiamento dos serviços, as áreas assistenciais prioritárias, segundo níveis distintos de complexidade, exigindo a reorganização dos serviços com base na descentralização e na distribuição de recursos financeiros, segundo a lógica de municipalização da atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário (BRASIL, 2008).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com objetivo de que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Até esse momento, a saúde e toda a sua assistência eram de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém, só tinham direito a esse serviço, os empregados que contribuíssem com a previdência social, sendo que, os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde, antes da criação do SUS, somente promovia a saúde através da vacinação, a assistência médica para poucas doenças e servia aos indigentes. O INAMPS, criado pelo regime militar em 1974, (BRASIL, 2008) se tornou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, atualmente é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Além disso, era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que, atualmente, é o Ministério da Previdência Social. Nessa época, se cuidava da doença e não se preconizava a saúde (BRASIL, 2008).

Na década de 70, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, cujas repercussões atingiram o INAMPS (BRASIL, 2008). Com isso, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Era o início de sucessivas mudanças.

Na década de 80, o INAMPS passou por várias mudanças e houve a transição para o SUS. É válido ressaltar que a Reforma Sanitária tinha como proposta um projeto social e a ampliação dos direitos das pessoas em um contexto de ditadura militar na década de 1970 (BRASIL, 2008). Esse movimento social foi consolidado em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com a participação da sociedade civil discutiu-se um novo modelo de saúde para o Brasil.

A lógica que sustenta as ações de assistência à saúde está consubstanciada nos princípios do SUS que busca mudar a lógica da organização e a formação do trabalho em saúde com vistas a novos modelos assistenciais e de gestão. Os princípios do referido sistema foram estabelecidos na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização

e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. [...]

A Constituição Federal 1988, que deu origem ao SUS, acrescenta como essencial, que o acesso às ações e serviços para recuperação da saúde, promoção e proteção deve ser universal e igualitário, reduzindo, assim, o risco de doenças, cujas políticas sociais e econômicas, só assim estarão garantidas por meio do seu artigo 196.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em vista disso, observa-se que o Estado tem a obrigação de promover a saúde a todos, sendo o conjunto dos princípios um direito a ser cumprido perante a população.

Segundo Abbagnano (2003), o direito é uma técnica de coexistência humana. Sendo compostos por leis, regras, normas e princípios reconhecidos pelas sociedades, podendo ser fundado na moral, na força, em uma realidade histórica politicamente organizada ou em uma técnica social. Os direitos à saúde constituída pela Constituição de 1988 são precursores de direitos dos PTM's. E levando-se em conta que os PTM têm direitos assegurados por lei, é imperativo verificar se a sociedade, as pessoas com transtorno mental, os familiares e toda a equipe de saúde estão fazendo valer esta determinação legal e, se realmente está contribuindo para a reabilitação psicossocial dessas pessoas.

## 2.3 DIREITO À SAÚDE DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que organiza os direitos em saúde colocada pela Constituição Federal em seu artigo 7, estabelece ainda princípios regulamentadores, que, contudo não contempla ações em Saúde Mental:

Dos Princípios e Diretrizes Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1988, Art. 7)

No que diz respeito aos transtornos mentais, no Brasil, a Lei n. 10.216/2001 é que dispôs sobre um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. O projeto de lei, também conhecido como Lei Paulo Delgado, entrou em 1989, no Congresso Nacional. Dispôs sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, sendo que, a partir dessa Lei deveriam ser extintos os manicômios no país. Somente em 2001, a referida Lei é sancionada, ou seja, doze anos depois (BRASIL, 2001).

Contudo, a aprovação não foi da lei, mas um substitutivo do Projeto de Lei original, sendo que o mesmo trouxe profundas transformações do texto original, dentre as quais, proteção e determinados direitos às pessoas com transtornos mentais, porém, sem prever um mecanismo sequer sobre a extinção dos manicômios, o que pode ser muito relacionada a manutenção do modelo hospitalar de atendimento a essas pessoas. Mesmo assim, a promulgação da Lei n. 10.216/2001 impõe novo impulso para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, assegurando os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental nos atendimentos em saúde mental de qualquer natureza (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, todas as pessoas portadoras de transtornos mentais têm direitos e proteção garantidos por lei, sendo proibido qualquer tipo de discriminação. O inciso I e VII do art. 2º, respectivamente, dessa lei asseguram aos PTM o direito de “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; [...] e receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”.

Com as diretrizes da atual política de saúde mental, criaram-se Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), assegurando, dessa maneira, o acesso da população a estes serviços de saúde e a sua inclusão social. Incluiu, também, ações de saúde mental na atenção básica e implantou o programa "De Volta Para Casa" (BRASIL, 2008). Esses programas buscam promover o respeito, a liberdade e os direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, e tratamento digno dos doentes mentais. Com essas ações, objetiva-se que os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos. Significa, assim, a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e com a comunidade (BRASIL, 2008).

Os autores Pontes e Fraga (1997, p.1) corroboram com as diretrizes da atual política de saúde mental indicando que o movimento hoje denominado de Reforma Psiquiátrica tem como propósitos:

Reverter à tendência hospitalocêntrica, através da priorização e implementação de um sistema extra-hospitalar e interdisciplinar de assistência; proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos e o credenciamento de novos leitos em hospitais convencionais; reduzir progressivamente tais serviços, através de sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais; promover a saúde mental, integrando-a a outros programas de saúde.

Todavia, Amarante (1998, p. 89) indica que a Reforma Psiquiátrica:

É um processo histórico de formulação crítica e prática, e que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Mas, mesmo assim, este processo não nega a existência do processo anterior e que os dois coexistem atualmente.

Portanto, segundo Amarante (1998) e Pontes e Fraga (1997), coexiste na atualidade a Política Nacional de Saúde Mental com seus direitos e deveres regulamentados pela Lei n. 10.216/2001 e o modelo psiquiátrico clássico. Em concordância com Amarante, Pontes e Fraga, Nabuco (2007) cita que o Brasil convive com dois tipos de modelo: o manicomial, que persiste graças ao poder de setores retrógrados da psiquiatria, e o aberto, que paulatinamente vem demonstrando ser mais eficaz do que o antigo modelo. Essa situação contraditória abre um campo de possibilidades jurídicas e científicas para que se possa, na atualidade, verificar e pesquisar sobre o cumprimento da Lei n. 10.216/2001 e o modelo psiquiátrico clássico.

## 2.4 A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Neste subitem serão abordadas as definições sobre transtorno mental e a compreensão da doença mental pelo DSM-IV, CID –10, de acordo com o DSM-IV (2003, p. 28):

os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacitação ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento desviante (p. ex., político, religioso ou sexual) nem conflitos entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito sejam sintomas de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes.

O DSM-IV-R (2003) é uma classificação dos transtornos mentais desenvolvida para o uso em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa a ser empregado por indivíduos com treinamento clínico apropriado e experiência em diagnóstico. Mas, o uso dessas catalogações, quando olhada com mais cuidado, pode ser revestido de críticas, haja vista o impacto que pode ter na vida das pessoas, ao mesmo tempo em que apresenta grande imprecisão como pode ser visto em Carlat (2007, p.129):

O modo como as coisas são feitas na maioria das clínicas comunitárias cheias de pacientes pode não ser “direito”. Um estudo recente comparou os “diagnósticos de rotina” encontrados nas fichas médicas com o “diagnóstico-padrão” gerado pelo uso da SCID (Entrevista Diagnóstica Estruturada para o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, terceira edição revisada (DSM-III-R), mais a revisão da ficha médica e uma entrevista adicional feita por um psiquiatra ou psicólogo altamente qualificado. A taxa de concordância foi de apenas 50% entre o diagnóstico de rotina e o padrão e, em metade dos casos de discordância, o feedback dos médicos resultou em mudanças significativas no cuidado dos pacientes.

O próprio DSM-IV-R (2003) e o CID-10 (1993), afirmam, textualmente, que não existe exatidão para se definir o diagnóstico de transtorno mental. Parte-se do princípio que as classificações são imperfeitas, mal compreendidas e que essas imperfeições serão resolvidas e, receberão, então, aprovação universal. Contudo, no momento elas são necessárias para o estabelecimento de diagnósticos e comunicação entre os profissionais da saúde. Preocupa-se aqui sobre como tais profissionais de saúde podem estar realizando tais diagnósticos e tais comunicações. Como se fundamenta na citação a seguir:

Por estas razões insisto na importância da etapa diagnóstica, sejam quais forem os instrumentos utilizados na mesma. Na obra “A iniciação do tratamento” Freud fala da importância desta etapa, à qual ele dedicava os primeiros meses de tratamento. Coloca que ela é vantajosa tanto para o paciente quanto para o profissional, que avalia assim se poderá ou não chegar a uma conclusão positiva. (ARZENO, 1995, p.6)

Para Sadock’s e Kaplan (2007, p. 259), o diagnóstico de pacientes psiquiátricos e de pacientes com doenças orgânicas são totalmente diferentes. As doenças orgânicas são facilmente detectáveis por exames clínicos e laboratoriais, ao passo que não existem exames laboratoriais que comprovem a existência de doenças mentais. Uma doença orgânica tem comprovação laboratorial sendo universalmente aceita, ao passo que o transtorno mental poderá ter diagnósticos diferentes emitidos por diferentes profissionais, portanto inaceitável universalmente. Sadock’s e Kaplan (2007, p. 259) citam que:

Apesar, dos grandes avanços em campos como neuroimagem, biologia molecular e genética, nosso conhecimento acerca das causas da maioria dos transtornos psiquiátricos permanece primitivo e incompleto. Portanto não é provável que se obtenha um diagnóstico com base na etiologia da doença.

Segundo Sadock’s e Kaplan (2007, p. 259), a “diferença entre o diagnóstico psiquiátrico e o da medicina física é que a psiquiatria não possui critérios externos de validação”. Os autores afirmam que existem

Poucos marcadores independentes, como testes de laboratório, para confirmar ou refutar um diagnóstico inicial. Consequentemente, um diagnóstico psiquiátrico vale tanto quanto o conhecimento e a habilidade do clínico que o fez. Como se pode esperar, isso levou, ao longo dos anos, a um grande problema de confiabilidade – diferentes psiquiatras que atendem o mesmo paciente emitem diagnósticos diferentes. (SADOCK’S, KAPLAN, 2007, p. 259)

Nesse contexto, convém explicar que conforme o DSM-IV, o diagnóstico realizado por meio do uso deste ou da CID -10 busca desenvolver os contextos clínicos e educacionais voltando-se inclusive para pesquisas. E, ressalta que é necessário treinamento clínico apropriado por parte dos profissionais, destacando que jamais podem ser usados de modo mecânico, rígido e por profissionais desprovidos de experiência. (DSM-IV, 2003)

Laing (1987) afirma que o psiquiatra clínico deseja ser científico e objetivo, porém destaca que este não deve ficar preso ao que ele observa do comportamento do paciente, sem verificar os demais fenômenos que estão contribuindo para o padecimento do paciente. Desse modo a psicopatologia precisa ter a flexibilidade de olhar o contexto de modo amplo, considerando de modo particular a experiência vivida pelo paciente, sendo que tal

procedimento ainda se depara com a dificuldade em uniformizar os conceitos, o que gera incertezas e contradições nas áreas de saúde mental. Como fundamenta a citação:

A Psicopatologia tem por objeto o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata. Difere, porém, daquele tipo de “descrição coerente e completa, e em termos o mais simples possível”, adotada pelas ciências naturais, por que o psicopatologista concentra a sua atenção naquilo que constitui a experiência vivida pelos enfermos. A falta de um método próprio para a investigação daquilo que é o seu objeto faz, no entanto, com que a Psicopatologia se ressinta da unidade e da generalidade que caracterizam a ciência em geral. Por isso mesmo, não se verifica uniformidade de conceitos, e o resultado imediato é a contradição fundamental observada nos livros da especialidade (PAIM, 1993, p. XIII).

Por outro lado, Uchôa e Vidal (1994), afirmam que, para se mudar o estado de saúde dos pacientes ou de uma determinada população, não basta ver apenas os sintomas da doença, mas também, os seus contextos antropológico e sociológico com uma relação de complementaridade com a epidemiologia. Acredita-se que a doença tem bases antropológicas e sociológicas, ou seja, as pessoas adoecem nas relações sociais, sociológicas e institucionais em situações concretas e objetivas da vida real. Para Uchôa e Vidal (1994, p. 497):

O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Ele nos revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. A antropologia médica se inscreve, assim, numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde.

Nesse sentido, Fernandes (1993, p.23) completa dizendo que:

A relação médico paciente pode ser entendida, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam esta dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos.

Percebem-se, então, evidências da dificuldade de comunicação entre o médico e o paciente de esclarecer sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença. Por um lado, isso ocorre por causa do baixo nível educacional dos pacientes que os leva a submissão e, por outro, o despreparo na formação acadêmica dos profissionais de saúde que o levam à dominação dessa classe menos favorecida de informação. Boltanski (1989, apud FERNANDES, 1993, p.23), concorda com o apontamento acima e acredita que:

A existência de uma barreira lingüística que separa o médico do doente pertencente às classes populares, barreira que se deve tanto à utilização de um vocabulário médico especializado quanto às diferenças que separam a língua das classes cultas daquela das classes populares.

Boltanski (1989, apud FERNANDES, 1993, p. 23) comenta que:

Por um lado, desautoriza-se a utilização da linguagem médica pelo leigo, por outro, são desenvolvidos e incentivados trabalhos educativos que visam ampliar o domínio médico e “educar” o paciente a **aceitar e se submeter à autoridade deste**. (grifo nosso)

Como a doença mental não tem achados anatômicos e fisiopatológicos, tornou-se difícil de ser diagnosticada e tratada, cabendo ao médico definir o que é doença e, ao paciente aceitar essa definição. O que em última instância significa que a ação em Saúde Mental é muito mais uma ação de poder do médico sobre o paciente, como pode ser visto em Foucault (2006, p. 144) “a anatomia só pode tornar-se patológica na medida em que o patológico anatomiza espontaneamente”.

Em concordância com Foucault, Szasz (1974, p.17) acrescenta que “a psiquiatria é convencionalmente definida como uma especialidade médica que se ocupa do diagnóstico e do tratamento das doenças mentais”. Como a doença mental não existe, não existe causa orgânica para essa doença. Todavia, o diagnóstico de doença mental é dado pelo psiquiatra, não pelo paciente. Este, dificilmente vai se classificar de doente mental devido aos seus problemas existenciais, pois os psiquiatras estigmatizam rótulos para os pacientes por motivos morais e políticos, não por motivos médico.

Nesse caso, verifica-se conforme os autores Szasz (1974), Fernandes (1993), Sadock’s e Kaplan (2007), que os diagnósticos psiquiátricos correm o risco de se tornarem “rótulos” dados aos pacientes. Portanto, é necessário um cuidado ético nos procedimentos, atendimentos e comunicação de possíveis diagnósticos. Há, ainda, a dificuldade da comunicação entre profissionais, um mesmo paciente pode ter diferentes diagnósticos por médicos, e profissionais de mesma especialidade, o que pode ampliar ainda mais o sofrimento psíquico, dúvidas e inseguranças em relação ao tratamento. Como se verifica:

Está constatado que diferentes psiquiatras num mesmo país e em diferentes países discordam na determinação do diagnóstico psiquiátrico. Tal constatação levou um grupo de pesquisadores, a partir dos anos 60, a realizar estudos internacionais sistematizados, tentando melhor configurar e definir o problema da confiabilidade das categorias diagnósticas em psiquiatria. A confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico traduz-se pelo grau de concordância obtido nos diagnósticos formulados por diferentes clínicos para as mesmas categorias diagnósticas. Uma classificação ideal permitiria a dois clínicos chegar sistematicamente às mesmas categorias

diagnósticas, uma vez que teria como atributo ser um instrumento com a capacidade de não variar seus resultados, podendo ser utilizado por diferentes operadores num mesmo ou em distintos momentos (BUSNELLO, et. al. 1999).

Relacionado a isso, Amarante (1998) salienta que a política nacional de saúde não é expressiva e a política industrial tem muito poder, organização e fortes esquemas de lobbies, defendendo ferrenhamente seus objetivos de produção de equipamentos médicos, medicamentos e lucro. “Para os autores que se dedicam ao estudo da indústria farmacêutica, a principal questão que surge é um embate entre uma política de saúde *versus* uma política industrial” (AMARANTE 1998, p.116).

Bermudez (1991, apud AMARANTE, 1998, p.117) apresenta que os dados do mercado governamental de medicamentos psicofarmacológicos alcançam:

apenas 35%, contra um total de 65% do mercado tomado pela indústria privada de produção e distribuição de medicamentos – dos quais apenas 22% são representados pela indústria nacional e 43% pela multinacional. Assim, a questão dos medicamentos no Brasil se estabelece entre uma política de medicamentos no interior de uma política de saúde contra uma política de aumento de produção e consumo de medicamentos independente de uma política de saúde.

Assim, o estudo de Bermudez (1991) aponta para o fato de que as doenças mentais estão envoltas em problemáticas que, em última, instância descumprem os direitos das pessoas, quando as políticas de mercado são o delineador tem governabilidade sobre o modo como as pessoas são atendidas. As complicações psicológicas do sujeito têm determinante no antropológico, nas relações de opressão, sejam sociais, sociológicas, sejam relacionadas ao trabalho, sejam materiais e neste contexto são desconsideradas. É no sociológico, na relação de tecimento com os outros que a personalidade do sujeito poderá ser perturbada. É na rede de relações em que se encontra a pessoa que poderá ser promovido o seu direito.

### 3 MÉTODO

Neste item, apresenta-se o devido detalhamento metodológico empregado neste estudo, abordando a caracterização do *tipo de pesquisa*, dos *participantes da pesquisa*, os *materiais* e os *equipamentos* utilizados, a *situação* e o *ambiente* para realizar a coleta de dados, o *instrumento de coleta de dados*, bem como os *procedimentos* adotados.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, levando-se em conta a natureza do problema apresentado no início do trabalho. Silva e Menezes (2005, p.34) apontam que a pesquisa qualitativa “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada, segundo Richardson e Wainwright (1999, p. 1), “como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

A pesquisa qualitativa, para Giovinazzo (2001, p.2), ocorre por apresentar “uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos”. Afirmando a visão dos autores citados acima, Minayo (1999, p. 21-22), afirma que:

A pesquisa qualitativa trabalha com universos de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Do ponto de vista de seus objetivos, é uma pesquisa exploratória. Segundo Gil (1991) e Silva e Menezes (2005), a pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

### 3.2 PARTICIPANTES OU FONTES DE INFORMAÇÃO

Os participantes desta pesquisa foram 5 (cinco) pessoas portadoras de transtornos mentais (tabela 1) com diagnóstico de transtorno de humor, pertencentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista, em Palhoça e atendidos pelo ambulatório de saúde mental existente nesse posto de saúde.

**Tabela 1: Caracterização dos sujeitos pesquisados**

<b>Sujeitos</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de Escolaridade</b>
Sujeito P	62	Feminino	Primeiro grau Incompleto
Sujeito 1	48	Feminino	Primeiro grau Incompleto
Sujeito 2	62	Masculino	Primeiro grau Incompleto
Sujeito 3	31	Feminino	Primeiro grau Incompleto
Sujeito 4	46	Feminino	Segundo grau Completo

Fonte: Elaboração do Autor, 2009.

Conforme a tabela acima foram entrevistadas quatro pessoas do sexo feminino, e uma do sexo masculino. A maioria dos entrevistados possuem o ensino fundamental incompleto e uma pessoa possui segundo grau Completo.

### 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização das entrevistas utilizou-se um gravador de áudio digital, pilhas, papel, caneta e roteiro de entrevista.

### 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

As entrevistas ocorreram, na sua quase totalidade, na casa dos entrevistados. Apenas uma ocorreu na UBS. As entrevistas foram realizadas fora do horário de atendimento psicológico e psiquiátrico e somente se fizeram presentes o entrevistador e entrevistado.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa foi adotada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (Apêndice A), com nove perguntas abertas, ou seja, sem respostas pré-definidas. Com a qual se obteve uma interação efetiva entre o entrevistador e o entrevistado com a finalidade de atingir os objetivos propostos neste trabalho.

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 198) a entrevista como técnica de coleta de dados apresenta como vantagens, maior flexibilidade, “podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido”. Além disso, permite a observação de atitudes, condutas, reações, gestos, etc. possibilitando uma melhor compreensão das respostas.

### 3.6 PROCEDIMENTOS

#### **3.6.1 Seleção dos participantes ou fontes de informação**

A seleção dos participantes foi feita por meio de uma lista de pacientes que foi solicitada ao ambulatório de saúde mental que funciona na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista de Palhoça/SC. O critério de seleção dos participantes foi feito pelo diagnóstico de transtorno humor emitido pelo médico. O recorte de pesquisa em pacientes com transtorno de humor ocorreu tendo em vista os princípios éticos relativos à gravidade do quadro, ou seja, pacientes que apresentavam menor fragilidade pessoal.

#### **3.6.2 Contato com os participantes**

O pesquisador entrou em contato com os participantes para marcar a entrevista por meio de uma ligação telefônica mediante os dados cadastrais fornecidos pela UBS. Nesse contato, o entrevistador se identificou como estudante da décima fase do Curso de Psicologia

da UNISUL, e apresentou a intenção da entrevista ao participante, concernente aos seus direitos durante o seu atendimento na UBS.

No contato com o participante em sua residência o pesquisador explicou a gravação que seria através de um gravador digital, respeitando-se o sigilo ético. Em seguida apresentou e obteve a assinatura dos entrevistados no termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (ANEXO G), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esclareceu-se que seria usado apenas o gravador e não as fotografias e vídeos, como se declara no documento. Por fim salientou que esta pesquisa para ser realizada passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL (CEP-UNISUL, nos ANEXOS C, D, E, F) o que autoriza o exercício do pesquisador.

A primeira entrevista piloto <sup>1</sup>foi realizada, na UBS, com um PTM que acabava de sair de uma consulta psiquiátrica e com diagnóstico de transtorno de humor. Essa entrevista ficou inviabilizada pela dificuldade com que a pessoa teve em se expressar durante a entrevista, utilizando-se de seu acompanhante como mediador para se comunicar. Percebeu-se a necessidade de se realizar as entrevistas fora da UBS e não logo após a inferência imediata da intervenção psiquiátrica. Conseqüentemente optou-se pela entrevista na residência dos sujeitos e fora do horário do atendimento psiquiátrico.

Os sujeitos em sua totalidade estavam preocupados com o seu estado de saúde e com a falta de amparo e assistência familiar e da UBS. Dois sujeitos estavam sem projeto de vida e com ideação suicida. Com relação ao local da entrevista os participantes escolheram a própria residência e apontou um alto grau de comprometimento com pesquisa. De maneira geral foram receptivos com a situação da entrevista. Disponibilizaram a sua residência em espaço privativo e tempo suficiente, e ainda se mostraram interessados para participarem de outras entrevistas.

Além disso, ficou evidente a dificuldade de realizar as entrevistas na UBS, devido à impossibilidade de deslocarem-se de suas residências até a UBS por motivos financeiros, familiares, de transtornos mentais e de comorbidade orgânica. A própria situação de entrevista, o qual possibilitou aos entrevistados espaço e interesse pela sua condição, já permitiu ao pesquisador perceber o quão, tais pessoas detêm uma gama de necessidades em saúde, necessidades estas que foram discutidas junto aos dados fornecidos pelos entrevistados.

---

<sup>1</sup> A primeira entrevista piloto não foi considerada na análise dos dados dessa pesquisa. Em vista disso foi realizada uma segunda entrevista piloto, a qual foi contemplada na análise dessa pesquisa.

### 3.6.3 Coleta e registro de dados

A coleta foi realizada dentro dos moldes éticos com a assinatura do termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações e de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os registros das entrevistas foram feitos por meio de gravação digital e posteriormente salvos em CD-R. A gravação original das entrevistas foi deletada do gravador e computador do entrevistador, ficando armazenada somente em CD-R com acesso restrito do pesquisador.

### 3.6.4 Organização, tratamento e análise de dados

Para organização e tratamento das respostas coletadas, aplicou-se uma seleção, seguida de uma codificação (categorização) conforme os objetivos deste trabalho. A seleção, para Marconi e Lakatos (2003, p. 166), deve ser um exame minucioso, do material coletado “a fim de detectar falhas ou erros, evitando informações confusas, distorcidas, incompletas [servindo para] evitar posteriores problemas de codificação”.

As categorias seguirão os três princípios de classificação de Selltiz e outros autores (1965 apud GOMES, 1994, p.72):

[...] conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de único princípio de classificação, [...] deve ser exaustivo, ou seja, deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto. [...] devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de duas categorias.

Para se fazer a análise dessa categorização, foi utilizada a análise de conteúdo. Gomes (1994) define que a análise de conteúdo é necessária para uma análise e interpretação dos dados da pesquisa. Minayo (1999) apresenta três finalidades deste tipo de análise: a compreensão dos dados, a confirmação ou não das hipóteses e /ou questionamentos da pesquisa e a ampliação do conhecimento sobre o assunto pesquisado.

As qualidades desse tipo de tratamento, segundo Minayo (1999, p. 121), “consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”.

### 3.6.5 Quadro de objetivos e categorias

O quadro 1 apresenta a relação entre as categorias e subcategorias que buscaram atender objetivos específicos deste estudo.

<i>OBJETIVO ESPECÍFICO</i>	<i>CATEGORIA</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>
<b>a) Verificar a percepção dos usuários sobre o efeito do diagnóstico psiquiátrico recebido no processo de atendimento em saúde mental</b>	Sobre o início do atendimento em Saúde Mental	1. Por meio de situação orgânica
		2. Por meio de causa psíquica
		3. Confusão entre orgânico e psíquico
	Enfrentamento da condição de ser PTM	4. Centrado na medicação
		5. Centrados nas preocupações com o sustento
	6. Caracterizado pela heteronomia	
Desdobramento do adoecimento	1. Resistência a idéia de transtorno mental	
	2. Isolamento social	
	3. Reconhecimento de suas condições psíquicas	
<b>b) Identificar a percepção dos usuários sobre o atendimento prestado pelo serviço de saúde mental</b>	Avaliação sobre os serviços em saúde Mental	1. Atendimento precário
		2. Atendimento confuso
		3. Atendimento sem diálogo
		4. Não teve informação sobre o serviço
		5. Atendimento acolhedor
	Percepção sobre o tratamento	1. Não há conhecimento
		2. Limitado a realizar o encaminhamento
		3. Alimenta expectativa de melhora
	Conhecimentos e orientações acerca de procedimentos	1. Não há orientação
		2. Delimitado pela comorbidade orgânica
		3. Centrada na medicação
	Compreensão do atendimento	1. Fragmentada
2. Centrada no atendimento medicamentoso		
3. Desorganização nas intervenções		
4. Esperança na melhoria dos atendimentos		
<b>c) Identificar os conhecimentos dos usuários de um serviço de saúde Mental sobre os seus direitos de informação a respeito da doença</b>	Conhecimento dos problemas de saúde	1. Localizada no plano orgânico
		2. Não teve informação
		3. Linguagem médica não é acessível
		4. Informação advêm de terceiros
		5. Divergência do diagnóstico médico
	Conhecimento sobre o transtorno mental	1. Problema orgânico
		2. Complicação adicional ao problema
		3. Busca de informação
		4. Desdobramento do adoecer

**Quadro 1: relação de objetivos e categorias**

Fonte: Elaboração do Autor

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo apresenta a análise dos dados coletados com o intuito de responder ao objetivo geral desta pesquisa, buscando verificar, com usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista do município de Palhoça/SC, sua percepção concernente ao seu direito de informação a respeito de sua doença e de seu tratamento no processo de atendimento em saúde mental. Optou-se por organizar em nove categorias que serão discutidas nas três seções seguintes.

### 4.1 A RELAÇÃO COM ADOECIMENTO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A categoria **SOBRE O INÍCIO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL** permite observar, em um caráter inicial, um pouco de como ocorreu o início da relação dos entrevistados com a condição de atendimento em saúde mental. Esta categoria originou seis subcategorias: **por meio de situação orgânica; por meio de causa psíquica; confusão entre orgânico e psíquico; centrado na medicação; centrados nas preocupações com sustento e; caracterizado pela heteronomia.** Em linhas gerais, nesta categoria, evidencia-se que os PTM têm dificuldade em expressar sobre o seu transtorno, confundindo-o com doenças orgânicas.

Pode-se observar que nas subcategorias **por meio de situação orgânica, por meio de causa psíquica,** bem como, na **confusão entre orgânico e psíquico** foi evidenciado que, no diálogo entre os Profissionais de saúde e os usuários, desde o início do tratamento não se fizeram presentes informações suficientes a respeito de sua doença e de seu tratamento. Isso se mostrou inócua com relação ao cumprimento do Art. 2º § único, VII da Lei n. 10.216/2001 na qual diz que o PTM deve “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”.

Os entrevistados podem ser vistos nessas categorias, sem grande domínio para discutirem sobre como se fez presente este transtorno em suas vidas. Apresentaram polarizações de como se viram, como ser pessoa portadora de transtorno mental, demonstrando muitas dúvidas no tipo de resposta que podem oferecer. Verificaram-se nas falas seguintes dos entrevistados as três subcategorias, respectivamente:

**Eu só sinto é muita dor é no coração e na coluna, né? é no corpo, né? já... tive no hospital é que a minha pressão estava alta, tava 18x12, foi terça-feira passada eu tive lá no hospital. (SUJEITO I)**

**...Eu... foi assim... eu fui operado né? e depois eu... eu acho que eu entrei em depressão... porque eu não pude atender os meus negócios, né?... (SUJEITO II)**

**Agora, pra diante, eu não fiz mais nada. Até agora, há um ano e meio atrás, quando voltou a Fobia Social. Eu tive uma crise, e... não deu pra diagnosticar se foi uma congestão ou se foi uma crise de nervos... (SUJEITO III)**

Desse modo, questiona-se como as Leis estão sendo aplicadas e, de que modo estas chegam até o usuário. Conforme os relatos abaixo há outra subcategoria a ser analisada acerca do atendimento em saúde mental que se nomeia: **centrado na medicação**. Corroborando com Fernandes (1993), a relação médico paciente pode ser entendida como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam essa dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos como será visto mais adiante.

Observa-se, neste contexto, uma relação envolta em dificuldades por parte dos profissionais de saúde e os usuários desse serviço. A comunicação ocorre em desacordo com o Código de Ética Médica, no que salienta o Art. 21 ser dever do médico: “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”. O desacordo com esse artigo traz para o usuário a consequência da aplicação de um modelo biomédico voltado para o uso da medicação, e para a busca de analogias biomédicas por parte dos pacientes, conforme as falas dos entrevistados:

**...mas eu ia lá no médico e ele dizia lá, que era da diabetes, é da diabetes ... e vai remédio, vai remédio ... (SUJEITO II)**

**...Eles me trancavam num quarto lá no Servidores, deram injeção e me trancaram no quarto. E fecharam a porta... (SUJEITO P)<sup>2</sup>**

**...e ela me encaminhou por causa dos remédios, porque eu não posso ficar sem... (SUJEITO III)**

**... o médico falou que era só tomando remédio... (SUJEITO I)**

Os sujeitos esclarecem que há uma manutenção da medicação como única forma de tratamento. Observa-se também, que os usuários não são o centro do atendimento, sendo as

---

<sup>2</sup> Foi considerado a entrevista piloto na análise dos dados, logo, o entrevistado é denominado como Sujeito P.

consultas rápidas, impedindo o diálogo e a discussão do melhor tratamento para o sujeito. Fundamentando esta realidade, convêm citar Uchôa e Vidal (1994, p. 497):

O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Ele nos revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. A antropologia médica se inscreve, assim, numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde.

Por outro lado, Uchôa e Vidal (1994) afirmam que, para se mudar o estado de saúde dos pacientes ou de uma determinada população, não basta ver apenas os sintomas da doença, mas também, os seus contextos antropológico e sociológico com uma relação de complementaridade com a epidemiologia. Acredita-se que a doença tem bases antropológicas e sociológicas, ou seja, as pessoas adoecem nas relações sociais, sociológicas e institucionais em situações concretas e objetivas da vida real.

Na linha da consideração de Uchôa e Vidal (1994), pôde-se focar uma subcategoria em que o entrevistado apresenta a sua percepção ligada aos aspectos antropológicos, ou seja, o início do adoecimento aparece **centrado nas preocupações com o sustento**. Este significa prover-se de condições materiais de sobrevivência, trabalho e remuneração. De fato, o tratamento não pode ficar centrado só na medicação, rígido a um modelo biomédico, mas complementar ao modelo bio-psico-social, como se verifica na seguinte fala:

**... sim, desde a primeira vez que eu comecei a consultar com um Psiquiatra, eu consultei com um Psicólogo junto, só que aí, eu pagava também o Psicólogo. Era particular também. Aí... como eu não tive condições nem de um nem de outro, porque a gente está com muito problema, então... peguei a consultar no Posto... (SUJEITO III)**

**“... e aí, não podia trabalhar e... também não entrava dinheiro e... e aí assim... e aí as coisas começam a ficar assim mais... eu acho que... a depre... e aí eu acho que... (SUJEITO II)**

Verifica-se nas falas acima que as relações ocorridas no antropológico, como a falta de dinheiro para o sustento familiar repercutiu no sociológico familiar e no psicológico, o que levou à dependência de terceiros quando o adoecimento ficou **caracterizado pela heteronomia**, ou seja, pela dependência alheia, outra subcategoria relacionada ao relato do início do tratamento percebido pelos entrevistados.

Em face do que colocam os entrevistados, o tratamento com humanidade e respeito, baseado no interesse exclusivo de beneficiar a saúde da pessoa portadora de transtorno mental

precisaria ser considerado. Tudo isto com vista a alcançar sua recuperação pela inserção familiar, no trabalho e na comunidade, conforme determina o inciso II, § único da Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. O não centramento na medicação e o cumprimento desta lei certamente contribuiriam para efetivar a promoção, prevenção em saúde mental e não apenas um olhar de reabilitação, como apresenta a fala de um dos entrevistados preocupado com seu trabalho como transportador:

**... é... mas como eu digo, eu... eu gostaria de... de melhorar... é assim... de melhorar... por que... eu vou ser o melhor que eu puder assim... acompanhar né?... trabalhar eu não digo, mas acompanhar, né? minha... minha... meu serviço... ir junto lá ... ir lá com o cara pra descarregar ... ou fazer uma coisa ... mas isso eu não consigo ...(SUJEITO II)**

Observa-se, destacadamente, na fala do sujeito o desejo de melhorar, de ser útil, de trabalhar, ou seja, de ter autonomia. Para que a Lei seja aplicada, os serviços em saúde mental devem contemplar essa dimensão, conforme afirma Amarantes (2003, p.32):

[...] uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades, [...] rompendo com as práticas disciplinares, aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos.

Nesse mesmo contexto, a categoria **ENFRENTAMENTO DA CONDIÇÃO DE SER PTM** contempla a discussão quanto à percepção dos usuários em relação aos serviços em saúde mental. O autoconhecimento da doença relativo, a saber, como doença afeta a cada um; é fundamental para promover a autonomia e proporcionar a participação de direito do próprio PTM na elaboração de seu tratamento. Ser co-autor do tratamento não significa transferir a responsabilidade do tratamento para o paciente, significa, igualmente, considerar junto com o PTM os aspectos bio-psico-sociais, que correspondem a sua singularidade.

A categoria apresentada anteriormente proporcionou a origem das seguintes subcategorias: **resistência a idéia de transtorno mental e; isolamento social**, as quais permitem detectar uma aproximação e um distanciamento do PTM dos entrevistados em relação ao seu autoconhecimento. Aproxima quando o PTM reconhece-se isolado, abre a possibilidade de uma percepção de um transtorno. No entanto, distancia-se deste quando o PTM resiste à idéia de Transtorno Mental, como se vê na fala:

**Ele deu... ele disse: a senhora... que eu não tinha nada... de doença na cabeça... Eu fiquei feliz, né? porque na cabeça eu sabia que não tinha nada na cabeça,**

**né?... nada mental na cabeça é... ele disse pra mim, que é normal... que acontece com todo mundo isso aí... (SUJEITO I)**

Como a doença mental não tem achados anatômicos e fisiopatológicos, tornou-se difícil de ser diagnosticada e tratada, cabendo ao médico definir o que é doença e ao paciente aceitar essa definição. Isso em última instância significa que a ação em Saúde Mental é muito mais uma ação de poder do médico sobre o paciente, como pode ser visto em Boltanski (1989, apud FERNANDES, 1993, p. 23):

Por um lado, desautoriza-se a utilização da linguagem médica pelo leigo, por outro, são desenvolvidos e incentivados trabalhos educativos que visam ampliar o domínio médico e “educar” o paciente a **aceitar e se submeter à autoridade deste**. (grifo nosso)

Ampliando essa compreensão, vale apresentar a categoria **DESDOBRAMENTO DO ADOECIMENTO** que originou as seguintes subcategorias: **incerteza sobre suas condições psíquicas, perda de equilíbrio e; reconhecimento de suas condições psíquicas**.

A **incerteza sobre suas condições psíquicas** revelam um impacto no paciente, de modo que este fica em dúvida sobre seu estado de saúde. Assim, acentua-se a discussão referente à forma de comunicação dos diagnósticos, os procedimentos necessários, e, ainda, anterior a isto, como ocorre a prevenção e a promoção no campo da saúde mental. Uma vez que a promoção e prevenção em saúde mental são executadas, as ações educativas podem mudar hábitos, transformar subjetividades, bem como o imaginário social em relação ao transtorno mental, caso as pessoas com transtornos mentais fossem de fato acompanhadas nas dificuldades e de como essa realidade afeta sua vida.

As falas apresentadas anteriormente evidenciam a incerteza sobre condições psíquicas. Além disso, ampliam-se em face da subcategoria **perda do equilíbrio**. Neste contexto, ambas apontam um desdobramento do adoecimento com grande impacto para o PTM. Constata-se, mais uma vez, a ausência de informações claras a respeito da doença e do tratamento.

Neste sentido Furtado (1997), afirma que os projetos terapêuticos devem ser individualizados em co-autoria com os sujeitos, e onde a participação desses últimos se trazem mais importante do que a comunicação de um diagnóstico sendo que o usuário é o responsável pelo andamento de todo o processo. A percepção dos PTM's sobre o desdobramento do adoecimento como perda de equilíbrio é ilustrado na seguinte fala:

**Ninguém vê que eu não tô indo porque eu não consigo.... ..é o que mais me incomoda... mas assim, se eu não posso, eu não posso, paciência, se me entendem me entendem, né?... eu não posso, vamos supor, ir lá acompanhar meu pai no hospital ... e chega lá e eu posso desmaiar... e na verdade, eu vou ser um estorvo... ao invés de uma companhia. (SUJEITO III)**

A **incerteza sobre suas condições psíquicas** permite refletir sobre as críticas conferidas aos manuais de diagnóstico quando o uso dessas catalogações, uma vez olhada com mais cuidado, pode ser revestida de críticas, haja vista o impacto que pode ter na vida das pessoas, ao mesmo tempo em que apresenta grande imprecisão. No caso dos entrevistados, o impacto é relativo a causar dúvidas sobre o que os acomete. Tal incerteza pode ser vista nas seguintes falas:

**...é ... ele não falou nada, ele só ... não, nem perguntei ... depois é que a minha nora é que falou pra mim que ... que ele tinha botado um código lá ... .. ela falou ... ihh ... como é que é ... .. ela disse: “botou 45 e ... (SUJEITO II)**

**Eu acho que assim, ahm... se a gente se sente feliz e tá de bem com a vida, não vem depressão... entendeu ... se não me aconteceu algo muito grave, eu também não teria essa Fobia Social, então eu acho que tudo é consequência da vida”(SUJEITO III).**

**mas foi terrível, foi um choque. ai, eu... senti... naquela hora, como se eu tivesse... sei lá... como se eu tivesse no fim da minha vida... que eu não servia pra mais nada... entendesses...?(SUJEITO IV)**

Desse modo, o **reconhecimento de suas condições psíquicas**, aparece de forma incompreensível, agravando ainda mais ao paciente quando este se encontra na vida em comunidade que também, não está preparada para lidar com a doença mental. Julgamentos, tabus, paradigmas em relação a doença mental ocasionam uma distorção do usuário acerca de seu autoconhecimento e de seu agir diante do tratamento e da execução de seus direitos em saúde. As falas evidenciam a discussão:

**... aí foi identificado como ... é ... Fobia Social... isso ... foi onde eu fui procurar o Psiquiatra, porque eu vi que era problema Psiquiátrico. Até eu fiz todos os meus exames e ta tudo bom... é Psiquiátrico mesmo....Aí, eu procurei um médico, um Clínico Geral e aí ele disse que era ansiedade ... (SUJEITO III).**

Tais evidências ratificam Segundo Sadock's e Kaplan (2007, p. 259), a “diferença entre o diagnóstico psiquiátrico e o da medicina física é que a psiquiatria não possui critérios externos de validação”. E ainda afirmam que:

Poucos marcadores independentes, como testes de laboratório, para confirmar ou refutar um diagnóstico inicial. Consequentemente, um diagnóstico psiquiátrico vale

tanto quanto o conhecimento e a habilidade do clínico que o fez. Como se pode esperar, isso levou, ao longo dos anos, a um grande problema de confiabilidade – diferentes psiquiatras que atendem o mesmo paciente emitem diagnósticos diferentes. (SADOCK'S, KAPLAN, 2007, p. 259).

O PTM precisa ser bem preparado em relação ao diagnóstico, além de ser uma postura ética dos profissionais, o PTM participa e pode colaborar. Desse modo facilita-se a linguagem sem a intervenção de termos técnicos que para os usuários não tem significações. Pode-se entender que ocorrendo esta ação no início do tratamento podem se efetuar desdobramentos maiores.

Ressalta-se, desse modo, a falta de cuidado, acolhimento e vínculo. Contudo, por meio da expressão do sofrimento enfrentado, os entrevistados parecem reconhecer a si mesmos, concluindo-se que os usuários apresentam uma busca pelo tratamento e pelo exercício da autonomia, o que ilustra a dificuldade em ações que vislumbrem atendimentos cujo cuidado e atenção venham somar a esta expectativa do PTM.

#### 4.2 A RELAÇÃO COM O ATENDIMENTO e TRATAMENTO

A categoria **AVALIAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL** originou subcategorias que denotam a forma dos serviços em saúde mental na percepção dos usuários. São elas: **atendimento precário, atendimento confuso, atendimento sem diálogo, não teve informação sobre o serviço e atendimento acolhedor.**

Nas subcategorias **atendimento precário, atendimento confuso e não teve informação sobre o serviço** observou-se a carência de profissionais da saúde especializados; demora em ser atendido entre uma consulta e outra, divergência de diagnóstico entre profissionais; encaminhamento para outros profissionais que não existem nos serviços de saúde e, falta de educação no tratamento com os usuários. Exemplificam-se essas situações com as seguintes falas, respectivamente:

**Um dia eu discuti com ela. Ela começou a gritar comigo, e eu digo: tais achando que eu sou criança... que eu sou mental?( SUJEITO I)**

**E ele mandou eu fazer acompanhamento com a psicóloga. Mas não tem psicóloga, até o momento não tem. ( SUJEITO P)**

**Então, quer dizer... pra mim, cada médico tem um parecer e então, no atendimento do Posto, em Psiquiatra é horrível, ( SUJEITO III)**

Tais fatos podem ser mais bem compreendidos por meio da afirmação de Dallari (1988), o qual resume que a simples declaração de direitos não resolve o problema da saúde. Observa-se, nesse caso, que o direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, considerando às suas necessidades, está sendo desrespeitado conforme os ditames instituídos pelo parágrafo único inciso I e II do art. 2º da Lei n. 10.216/2001, respectivamente:

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;

Portanto, faz-se necessário construir estruturas que permitam garantir o direito declarado e, que o município se responsabilize pela segurança do direito à saúde com a participação da sociedade brasileira.

Na subcategoria **atendimento sem diálogo**, fica visível a falta de comunicação na relação dos profissionais de saúde com os PTM's e a rapidez como se processa o atendimento. Por que não se conversa? O que leva o atendimento ser tão rápido? Citando as ações de Basaglia (1982), este criou condições para reuniões e confrontos entre o pessoal médico e os pacientes. Nesse sentido, foi permitido que a pessoa pudesse ser atendida, contemplando, assim, a dignidade de um cidadão. Nesse contexto, Basaglia propôs, também, a criação de grupos organizados que pudessem influir e decidir sobre a vida institucional a que estavam submetidos. O que contraditoriamente, se evidencia na fala dos sujeitos que ficam impedidos de organizar, interferir e decidir sobre seu tratamento. Vejamos a seguir exemplos dessa falta de diálogo:

**ele só perguntou o que eu ... olha doutor, eu tô assim, assim, assim ... mas aí ele escreveu, me deu e me mandou embora.( SUJEITO II)**

**...Se eu não tivesse perguntado nada, ele teria só me dado a receita e mais nada. só mesmo sabe dar a receita e mais nada (SUJEITO III)**

Contrastando com as subcategorias anteriores, há uma subcategoria em que o usuário relata um **atendimento acolhedor**. Contudo, apresenta-se de forma emblemática. A contradição apresenta-se quando o atendimento satisfatório para o usuário aparece de fato,

porém apenas em uma única e exclusiva vez. Tal igualdade de acolhimento tem caráter de exceção, como se evidencia na fala seguinte:

**O pessoal de lá me atenderam muito bem, foram muito educados comigo... Também, só foi aquela vez... (SUJEITO I)**

Nesse mesmo contexto, as categorias **PERCEPÇÃO SOBRE O TRATAMENTO** vêm mostrar de que modo o usuário percebe o tratamento. Inseridas nessa percepção e nessa compreensão, estão às subcategorias que ressaltam que **não há conhecimento** sobre o tratamento, o atendimento prestado é **limitado a realizar o encaminhamento**, e investido do desejo do usuário **alimenta expectativa de melhora**.

A subcategoria que salienta que **não há conhecimento** permite questionar, mais uma vez, como ocorre a comunicação entre profissionais de saúde e usuários e, como ocorrem as intervenções voltadas para as e as ações educativas. Aparece, também, uma percepção em que o tratamento é **limitado a realizar o encaminhamento**, ou seja, quando há necessidade de um trabalho interdisciplinar, este não se efetiva, deixando assim a não aplicabilidade da integralidade que é um dos princípios norteadores do SUS. A falta de conhecimento pode ser identificada nas falas:

**Pois agora é que eu quero vê. Eu não sei, não sei como vai ser. Não, ainda não! ... e aí eu fui lá... ele me mandou ...ele disse: “olha, tu vai ...” vai lá... e aí tu volta depois, mas aí, aí demora... porque é muito difícil conseguir com ele, porque ele disse que atende muita gente ...(SUJEITO II )**

**..Ah... querido não sei. Não sei. ( SUJEITO P)**

**Não sei ... (SUJEITO I)**

Os PTMs, conforme entrevistas, contudo, relatam um desejo que **alimenta expectativa de melhora**, ou seja, apesar da falta de conhecimento de seu tratamento, bem como, de quais direitos podem beneficiá-los, os pacientes buscam a ajuda. Desse modo, convém citar a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2008) que afirma a necessidade de se programar a Saúde Mental na Atenção Básica, porém, convém que esses serviços fiquem claros aos usuários e que estes possam fazer parte da co-construção de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

A categoria **COMPREENSÃO DO ATENDIMENTO** permite qualificar e classificar os atendimentos aos PTMs, realizado na UBS, de acordo com a percepção desses. Nesse sentido, os pacientes que procuram o serviço dentro da UBS compreendem o atendimento conforme as seguintes subcategorias: **de forma fragmentada, centrada no atendimento**

**medicamentoso**, afirmam que há uma **desorganização nas intervenções**, e ainda soma-se a **esperança na melhoria dos atendimentos**.

Nesse contexto, as subcategorias **de forma fragmentada, centrada no atendimento medicamentoso** e a **desorganização nas intervenções** pontuam novamente a confusão anteriormente tratada nas categorias, quando os pacientes não têm conhecimento claro dos atendimentos e, quando o tem são confusos. A **forma fragmentada** de ver pode estar associada à visão misturada entre orgânico e psíquico, o que remete a questionar se há de fato serviços que localizem os usuários na singular necessidade de cada um, o que norteia o princípio da Equidade do SUS, representada pela fala seguinte:

**...pra depressão nada... não dava nada... nenhum conhecimento, nada... é... ele passou a medicação, mas e aí... é... agora termina... tá terminando... aí eu não sei o que tem que fazer, se vou retornar... o que vou fazer... ele também não deu retorno... não marcou nada de retorno...( SUJEITO II)**

Ainda nesta discussão, a compreensão dos usuários acerca do atendimento **centrado na medicação**, evidencia-se que o centro do olhar de cuidado não é dirigido à pessoa, mas sim o uso apenas de tratamento alopático, o que foi visto nas discussões anteriores sobre o início do tratamento, cujo olhar medicamentoso acaba por influenciar as estratégias seguintes de ações em saúde mental. Desse modo, não é visível uma intervenção com outros modos de ação o que dificulta, inclusive, o controle social por parte dos usuários dos serviços.

A **desorganização nas intervenções** apontadas pelos entrevistados sobre o atendimento declara que, além da dificuldade de intervenção juntamente ao usuário, os serviços falham na execução. Salienta-se assim, que os direitos e a liberdade definidos por uma política de saúde mental que redireciona, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária, precisam ser reformulados, como se evidenciam nas falas:

**Até quando eu... eles falaram nesse médico psiquiatra... nunca tinha passado, não sabia que era pra maluco... aí chegou um moço lá gritando, que ele tinha consulta... aí eu cheguei na... na... senhora que estava com ele... esse médico pra que que é senhora?... esse médico é pra gente maluca... eu digo: meu Deus??!! O que que eu tô fazendo aqui??!! ( SUJEITO I)**

**é... ele passou a medicação, mas e aí... é... agora termina... tá terminando... aí eu não sei o que tem que fazer, se vou retornar... o que vou fazer... (SUJEITO II)**

Há necessidade de melhoria nas gestões em saúde para que de fato fundamentem-se e amparem-se na Lei n. 10.216/2001 e nas recomendações da Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS) contida na Carta de Caracas (1990) e nas normalizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, a **esperança na melhoria dos atendimentos** por parte dos usuários entrevistados aponta a possibilidade de abertura de novos caminhos em saúde mental, pois a motivação dos usuários ao relatarem sua percepção sobre os atendimentos, pode ampliar o olhar de profissionais e de gestores em saúde para novas possibilidades de ação e de estratégias nos serviços em saúde mental. Tais subcategorias, anteriormente apresentadas e discutidas, podem ser evidenciadas pelas falas:

**...eu não sei se isso depende de você... é ... é uma pesquisa mas eu sei ... vai ser divulgado ... se vai alguma coisa ... porque aí já ta sabendo quem tem, quem não tem ... se der alguma coisa por mim aí ... se puderes fazer alguma coisa por mim aí que tu puder fazer ..( SUJEITO II).**

A categoria **CONHECIMENTO E ORIENTAÇÕES ACERCA DOS PROCEDIMENTOS** apresenta relatos acerca da percepção dos usuários sobre os procedimentos realizados pelos serviços em saúde mental. Nesse sentido, as subcategorias **não há orientação, delimitado pela comorbidade orgânica**, sinalizam a falta de planejamento entre médico juntamente com o paciente. Novamente, o usuário não participa da elaboração do tratamento, ficando sem saber as orientações devidas, o que dificulta um autogerenciamento. Por fim, a percepção que aparece fica de modo **delimitado pela comorbidade orgânica**, ou seja, os relatos evidenciam que há um destaque das orientações na ordem orgânica, o que ressalta novamente a visão biomédica do atendimento. Vejamos exemplos relativos a essas subcategorias, respectivamente:

**a única orientação que o Dr. me deu, é que... no caso que, quem comandava os remédios era eu...(SUJEITO III)**

**...Aí ele disse pra mim, aumentaram meu medicamento, porque a minha pressão está muito forte. Aí eles aumentaram meu medicamento e disseram pra mim fazer repouso, não procurar pegar as coisa pesadas... aí... e qualquer coisa, se piorar a senhora se encaminha ou pro Posto ou pro Hospital. (SUJEITO I)**

Soares e Toyoko (2006) focalizam bem esta questão ao discutir o cuidado organicista, a centralização na intervenção por parte do médico e a abordagem medicamentosa. Nos relatos evidencia-se que o saber psiquiátrico fica como centro. Percebe-se então que é urgente a instalação da lógica que ampara as ações de assistência à saúde, norteadas pelos princípios do SUS. Desse modo é necessário transformar o raciocínio de organização e de formação do

trabalho em saúde para novos modelos assistenciais e de gestão que estão no referido sistema pela Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Finalmente, pode-se concluir a necessidade de atendimentos com planejamentos educativos, a fim de esclarecer aos usuários desses serviços as orientações sobre o transtorno, os procedimentos referentes a este, bem como, os direitos que lhe são acessíveis.

#### 4.3 RELAÇÃO DO USUÁRIO COM SEUS DIREITOS

Neste subitem a categoria sobre o **CONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE**, aparece originando as subcategorias: **localizada no plano orgânico, não teve informações, linguagem médica não acessível, informação que advém de terceiros e divergência do diagnóstico médico**. Como discutido anteriormente, o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários não apresentam informações suficientes que oportunizem o conhecimento claro sobre os problemas de saúde, nem mesmo a respeito do tratamento. De fato, ressalta-se improdutiva em relação ao cumprimento do Art. 2º § único, VII da Lei n. 10.216/2001. Cumpre agora a consequência dessa realidade na percepção dos entrevistados sobre sua saúde.

As subcategorias: **localizada no plano orgânico, não teve informação, linguagem médica não acessível**, ratificam a primeira categoria trabalhada nas análises que relatam sobre o início do tratamento. Tem-se aqui mantida a dificuldade dos PTM's quanto ao conhecimento sobre o seu transtorno o que se mistura a idéia de doenças orgânicas. Faz-se notável a linha de continuidade. Nesse sentido, pesquisas longitudinais poderiam ser desenvolvidas no aprofundamento dessa realidade. Além disso, as subcategorias que apresentam **não teve informação e linguagem médica não acessível**, confirmam que o usuário não se relaciona com seus direitos em saúde, nem tampouco faz o controle social, pois o conhecimento sobre seu estado aparece com problemas de informação e de comunicação, distanciando-o dos serviços de saúde mental. Essas duas categorias podem ser verificadas nas seguintes falas, respectivamente:

**...É... o meu problema mais é a Diabetes, né? é que foi a Diabetes que trouxe todos esses problemas. Pois é... aí a Diabetes trouxe todos esses problemas ... depois aí eu tive problema na vesícula...(SUJEITO II)**

**...ele botou um código lá... não sei o que lá... mas eu não entendo... parece que é 45... parece que era por aí... eu não sei...(SUJEITO II)**

Tais evidências confirmam a discussão de Fernandes (1993, p.23) que apresenta o seguinte:

A relação médico paciente pode ser entendida, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam esta dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos.

Nesse sentido, a dificuldade de comunicação entre o médico e o paciente não agrega uma visão biopsicossocial. Há de se questionar se realmente isso ocorre por causa do baixo nível educacional do paciente, ou se o despreparo na formação acadêmica dos profissionais de saúde o leva a dominação dessa classe menos favorecida de informação. Nesse caso, Boltanski (1989, apud FERNANDES, 1993, p.23), apresenta:

A existência de uma barreira lingüística que separa o médico do doente pertencente às classes populares, barreira que se deve tanto à utilização de um vocabulário médico especializado quanto às diferenças que separam a língua das classes cultas daquela das classes populares.

A existência de uma barreira lingüística torna quase impossível a relação médico paciente. Quando não ocorre a comunicação, o tratamento fica prejudicado. Alimentar essa barreira que distancia as classes cultas daquela das classes populares fere o Código de Ética Médica no art. 1º do Capítulo I – Princípios Fundamentais: “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”. Na impossibilidade de comunicação, o paciente fica impedido de decidir e opinar sobre os procedimentos médicos no processo de atendimento, o que é, também, vedado ao médico conforme o art. 56 do Código de Ética Médica: “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

Ampliando essa discussão apresentada pelos autores anteriormente, os usuários quando não têm um acesso ao entendimento claro, naturalmente vão à procura de terceiros como senso-comum, internet, vizinhos, parentes, lideranças comunitárias como pastor, padre e religiosos, por exemplo, enfim outros meios que possam trazer informações que o

tranqüilizem. Desse modo, a subcategoria que considera que a **informação advém de terceiros**, configura, a ausência de uma ação por parte dos serviços de saúde quanto ao conhecimento em saúde mental, como pode ser visto na fala de um dos entrevistados:

**E eu li um dia um jornal do Senado, tava na primeira página, falava só sobre fobia. Então eu disse ai meu deus do céu, ai falando né. Guarda essa página desse jornal pra mostra como essa fobia né. (SUJEITO P)**

**...é que a depressão, eu até tenho a minha filha até, ela mora aqui ... ela tem depressão e... ela é uma pessoa que ela passa mal às vezes e... às vezes fica o dia inteiro que não quer ver ninguém, quer ficar quieta... e... tenho uma cunhada também, que fica às vezes... ficava o dia inteiro na cama, de cabeça coberta, sem querer ver ninguém... então falavam que era depressão, mas eu... (SUJEITO II)**

Além das dificuldades apresentadas, surge outra subcategoria nomeada de **divergências do diagnóstico médico**, que denota a dificuldade de efetuação dos diagnósticos. O que cabe questionar aqui é se há um despreparo profissional ou uma impossibilidade diante das questões referentes aos transtornos mentais. Pois o próprio DSM-IV-R (2003) e o CID-10 (1993) afirmam não existir uma exatidão para se definir o diagnóstico de transtorno mental. A divergência diagnóstica infere-se aqui, pode passar pela ação médica não discutida junto às pessoas atendidas e inclusive relativizada nas suas impossibilidades, como pode ser visto na fala:

**Varia de médico pra médico [...] Por exemplo, a Dr<sup>a</sup>. X e o Dr. Y, com quem eu tratei antes, eles me falavam que com o tempo e com a terapia ia se resolver e já o Dr. Z, diz que não tem cura. ( SUJEITO III)**

De acordo com DSM-IV-R (2003) e o CID-10 (1993), parte-se do princípio que as classificações são imperfeitas, mal compreendidas e ficam esperando aprovação universal, mas ainda são necessárias para o estabelecimento de diagnósticos e comunicação entre os profissionais da saúde. Preocupa-se aqui sobre como os profissionais de saúde podem estar realizando os diagnósticos e as comunicações na relação com o usuário e no cumprimento do Art. 2º § único, VII da Lei n. 10.216/2001 na qual diz que o PTM deve “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”

A categoria **CONHECIMENTO SOBRE TRANSTORNO MENTAL** se coloca como mais um modo de compreender o distanciamento dos entrevistados sobre suas condições de saúde, em que se pode verificar mais focadamente as dimensões psíquicas dessas condições. Neste apresenta-se como subcategorias: **problema orgânico, complicação**

**adicional ao problema orgânico, busca de informação e desdobramento do adoecer.** Estas podem acentuar compreensão da dificuldade do conhecimento claro acerca do transtorno mental.

As subcategorias **problema orgânico e complicação adicional ao problema orgânico**, ressaltam um conhecimento do transtorno mental de modo biologicista, ou seja, inserido em um problema orgânico. Logo, o modelo de atuação é biomédico e, isto impossibilita a associação dos transtornos mentais aos fatores antropológicos, sociológicos, com os de ordem biológicos.

Neste sentido, os entrevistados também relatam que quanto ao conhecimento sobre o transtorno mental que, por vezes ‘ficam as voltas’ na **busca de informações**, as quais ainda se apresentam incompletas. Resultante disso advém um **conhecimento centrado nas complicações do adoecer**. Sem informações claras e muito distantes dos usuários, sem medidas de promoção e de prevenção acerca do campo da saúde mental, o sofrimento fica ampliado e individualizado ao usuário. A doença se desdobra sem que sejam cuidados, atendidos de modo eficaz em seu desdobrar da doença. Este desdobramento ao adoecer evidencia-se na seguinte fala:

**O meu sofrimento é triste, um sofrimento muito grande, sofrimento muito grande, sofrimento muito grande; eu to...olha... passando uma semana muito triste....muito triste... já estou 7 anos sofrendo. E eu acho que eu to sofrendo mais isso, e eu acho que eu to sofrendo mais isso, que esta me acumulando mais isso, foi esse sofrimento do meu irmão. Isso me agravou mais ainda. O sofrimento do meu irmão. (SUJEITO P)**

A discussão anterior permite associar com o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 que afirma:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade [...] (BRASIL, 1988).

Pode-se então concluir essa análise com a reflexão acerca do quanto é essencial o acesso às ações e serviços para recuperação da saúde. Além disso, somam-se as ações de promoção e proteção que devem ser universais e igualitárias, contemplando o controle social e medidas sócio-educativas sobre os direitos dos usuários nos serviços em saúde mental. Em última instância, o modo como os entrevistados, por meio de seu sofrimento, falam do

descumprimento de seus direitos, parecem colocar em cheque a própria Constituição Federal que diz:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Por fim, somente com uma abordagem biopsicossocial, agregada, que priorize a pessoa e seus direitos, sem submetimento a dimensão técnica, é que poderá estabelecer uma ação em saúde mental que esteja desvinculada de seus antecedentes de exclusão.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de Conclusão de Curso, acerca da percepção dos Portadores de Transtornos Mentais (PTM) sobre seus direitos nos serviços de saúde mental permitiu que novas reflexões fossem construídas. Conforme os resultados obtidos por meio da coleta de dados junto aos sujeitos desta pesquisa, no que concerne ao primeiro objetivo específico: verificar a percepção dos usuários sobre a repercussão do diagnóstico psiquiátrico recebido no processo de atendimento em saúde mental foi verificado que este objetivo foi atingido.

O primeiro objetivo verifica a repercussão do diagnóstico psiquiátrico, o qual é confirmado pelas falas dos PTM's no que diz respeito aos relatos sobre o atendimento em saúde mental. Desse modo, constata-se a intervenção, por meio da medicação como única forma de tratamento. Portanto, a base do atendimento é o modelo biomédico, que impossibilita dessa maneira as ações biopsicossociais.

A relação do adoecimento, diagnóstico e tratamento apresenta-se de modo distorcido, sendo definida por meio de situação orgânica, misturada a uma idéia confusa entre orgânico e psíquico. Além disso, observou-se que não foram levados em conta que os PTM's têm preocupação também com sustento, com os campos antropológicos e sociológicos dos mesmos, ficam assim sem o exercício da cidadania e da autonomia, caracterizados pela heteronomia.

O segundo objetivo identifica a percepção do PTM sobre o tratamento e os conhecimentos e orientações acerca de procedimentos, o qual evidenciou as dificuldades na expressão dos mesmos e a não aplicabilidade das leis e do controle social. Nessa discussão constatou-se a dificuldade de diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, pois, de fato não se efetua a comunicação de informações suficientes a respeito de sua doença e de seu tratamento. Observou-se o descumprimento do Art. 2º § único, VII da Lei n. 10.216/2001 na qual diz que o PTM deve “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”.

Da mesma forma, atingiu-se o terceiro objetivo, por meio da identificação dos conhecimentos dos usuários de um serviço de saúde mental sobre os seus direitos de informação a respeito da doença, conforme as subcategorias: conhecimento dos problemas de saúde e conhecimento sobre o transtorno mental. Conhecimento que se choca na transmissão do diagnóstico, na forma de comunicação, bem como, nas dificuldades de significações por parte dos usuários quando em contato com o linguajar técnico. O que já é perceptível por

meio desta dificuldade a necessidade da aplicação da Lei 10.216/2001, Art. 2º, parágrafo único inciso VII.

Sendo assim, o conhecimento sobre transtorno mental misturado ao problema orgânico salienta uma idéia biologicista. Assim, considera-se que a percepção sobre o tratamento e compreensão do atendimento são falhas, uma vez que relata não ter conhecimento sobre o tratamento, o atendimento prestado é limitado a realizar o encaminhamento, esbarrando-se no desejo do usuário que alimenta expectativa de melhora o qual o usuário sente-se desorientado quanto ao caminho de tratamento. Do mesmo modo, a compreensão é entendida de forma fragmentada, centrada no atendimento medicamentoso e desorganizada nas intervenções, porém parte do próprio usuário, uma esperança na melhoria dos atendimentos, mas não tem a compreensão efetiva de seus direitos e como executar o controle social.

A avaliação sobre os serviços em saúde mental, segundo os PTM's, apresenta-se com uma percepção que considera o atendimento como precário, confuso, sem diálogo, e sem as devidas informações sobre os serviços. Apenas um entrevistado relatou ter se sentido acolhido, mas de forma rara. Desse modo convém salientar a necessidade urgente de medidas de promoção e proteção de modo universal e igualitário.

O controle social precisa ser contemplado e, as medidas sócio-educacionais sobre os direitos dos usuários nos serviços em saúde mental são fundamentais neste momento. E, somente com um olhar biopsicossocial, que corresponda aos princípios do SUS, é que se pode vislumbrar um controle mais assertivo. Assim, se fez necessário proporcionar fundamentos de direito sobre saúde mental aos profissionais da saúde, colaboradores da UBS, PTM's e interessados e, apresentar e discutir a legislação, as medidas judiciais e administrativas aplicáveis na saúde mental, em uma linguagem acessível aos PTM's.

Outro tipo de ações que podem emergir deste estudo refere-se à verificação de como se processa as relações antropológicas e sociológicas dos PTM's. Neste contexto, podem-se perspectivar trabalhos focados para o aperfeiçoamento dos atendimentos, por exemplo, atividades educativas que esclareçam os usuários sobre o transtorno, os procedimentos, bem como, o acesso aos seus direitos. Desse modo, ao usuário torna-se possível ampliar a compreensão do diagnóstico que lhe fora conferido, e ao mesmo tempo ter possibilidade de argumentar sua condição em face dos técnicos envolvidos em seu tratamento.

Por meio deste estudo, podem emergir pesquisas que contemplem a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento em saúde mental, por exemplo. Além disso, pesquisas longitudinais poderiam ser desenvolvidas no aprofundamento dessa realidade e

ainda complementar a partir do olhar de quem cuida, a fim de entender e abrir possibilidades outras de intervenção e de gestão em saúde.

Ainda no campo do profissional de saúde, esta pesquisa vislumbra a possibilidade de que outros estudos surjam referentes à formação acadêmica dos profissionais, sua capacitação, suas condições de trabalho, seus conhecimentos acerca das leis de direito aos usuários; em especial, a comunicação com os usuários e entre a equipe interdisciplinar. Desse modo, pode-se juntamente com a equipe de saúde, verificar a responsabilidade do município pela segurança do direito à saúde com a participação da sociedade brasileira e o que impede o cumprimento da legislação em vigor concernente a Lei n. 10.216/2001 no parágrafo único inciso I e II do art. 2º.

Por fim, este trabalho associado à prática de estágio oportuniza novas reflexões e abriu caminhos para entender como ocorre a aplicação das Leis, e a execução dos direitos dos PTM's. Tudo isso faz emergir uma expectativa de que a dimensão jurídico-política seja contemplada, bem como, sejam os PTM's protagonistas participantes de seu tratamento e conhecedores de seu campo de possibilidades; para que de fato efetuem o controle social, o exercício da cidadania, efetuando-se já nesta prática, a autonomia esperada.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Medicalização da vida. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. **Direitos Humanos:** o que temos a ver com isso? Rio de Janeiro: Conselho Regional de psicologia. 2007, p. 169-174.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV-TR™ – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Trad. Cláudia Dornelles; 4. ed. ver. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ARZENO, Maria Esther Garcia. **Psicodiagnóstico clínico:** novas contribuições. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BASAGLIA ONGARO, Franca. Transformação institucional e objetivos comuns. In: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p.273-283.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa:** Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Trad. Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1982. 1 v. (Coleção A ciência e o homem).

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERTOLOTE, José M.. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 04 2008. doi: 10.1590/S0034-89101995000200013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm#cfart196](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm#cfart196)>. Acesso em: 10 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <<http://189.28.128.100/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em: 9 out.. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 336-02**: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. 2002a. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria\\_336\\_02.asp](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp) Acesso em: 28 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 189-02**. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. 2002b. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria\\_189\\_02.asp](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_189_02.asp) Acesso em: 28 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Reforma sanitária e gestão estratégica e participativa: Avanços e Desafios nos 20 anos do SUS. In: Seminário de Gestão Estratégica e Participativa, 1, jun. 2008, João Pessoa. **Anais...** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reforma\\_sanitaria\\_antonio\\_alves\\_sem\\_sgep\\_n e.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reforma_sanitaria_antonio_alves_sem_sgep_n e.pdf)>. Acesso em: 9 out.. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**: histórico. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1)> . Acesso em: 17 Maio 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde Mental passo a passo**: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede\\_de\\_saude\\_mental\\_revisado\\_6\\_11\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Anais...** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 17 Maio 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BUSNELLO, Ellis D'A et al. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, Out. 1999. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun. 2009.

CARLAT, Daniel J. **Entrevista psiquiátrica**. Trad. Andréa Caleffi; Claudia Dornelles. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução CFM n. 1.246/88, DE 08.01.88 - (D.O.U 26.01.88). Disponível em:  
<[http://www.professorallan.com.br/UserFiles/Arquivo/Artigo/codigo\\_de\\_etica\\_medica.pdf](http://www.professorallan.com.br/UserFiles/Arquivo/Artigo/codigo_de_etica_medica.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2008.

COSTA, Nilson do Rosário, Cidadania, Singularidade e Inovação. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2008.

DE TILIO, Rafael. A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2007000200004&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200004&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 04 set. 2008.

DESVIAT, Manuel. Por um Brasil sem Manicômios no ano 2000. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

DIREITO. In: ABBAGNANO, Nicola, **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DSM-IV-TR™: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 880p.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento do Hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99 – 111.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clinica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria, 2006.

FERNANDES, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico paciente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 June 2008.

FURTADO, Juarez Pereira. **Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos**. Manuscrito de 1997.

GENTIL, Valentim. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 23, n. 1, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000100001&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100001&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 21 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIOVINAZZO, Renata A. **Focus Group em Pesquisa Qualitativa**. Artigo, Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado FECAP, 2001. p.1. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art24/renata2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2008.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

GRUNPETER, P. V.; Costa, T.C.R. da; MUSTAFÀ, M.A.L.M. O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. In:

Seminário Nacional Movimentos Sociais, participação e democracia, 2007, Florianópolis.  
**Anais...** 2. Seminário Nacional Movimentos Sociais, participação e democracia, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Cidades:** Município de Palhoça. 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02 nov. 2008.

LAING, Ronald David. **O eu dividido:** estudo existencial da sanidade e da loucura. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

NABUCO, Edivaldo. A luta antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos Direitos Humanos. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. **Direitos Humanos:** o que temos a ver com isso? Rio de Janeiro: Conselho Regional de psicologia. 2007, p. 137-143.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **CID-10:** classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **CID-10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad.: Dorgival Caetano. Porto Alegre Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasília, [2008]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

PONTES, Polyana Alexandre Rolim; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411691997000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691997000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun. 2008. doi: 10.1590/S0104-11691997000500006 .

PAIM, Isaiás. **Curso de psicopatologia.** São Paulo: EPU, 1993.

RICHARDSON, Roberto Jarry; WAINWRIGHT, David. A pesquisa qualitativa crítica e válida. In: Richardson, Roberto (Org). **Pesquisa Social.** Capítulo 6. 3. ed. São Paulo: Atlas,

1999. Disponível em: <<http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisaqualitativa.htm>>. Acesso em: 18 Maio 2008.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia Alcott; KAPLAN, Harold I. Exames clínicos do paciente psiquiátrico. In:\_\_\_\_\_. **Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007, p. 259-318.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOARES, Sandra Regina Rosolen; TOYOKO, Saeki. The Psychosocial Care Center on the users point of view. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000600014&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600014&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 04 set. 2008.

SZASZ, Thomas Stephen. **O mito da doença mental**. São Paulo: Circulo do livro,1974.

\_\_\_\_\_. **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TEIXEIRA, Manoel. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. In: VENANCIO, Ana Teresa; LEAL, Eroltides, Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. (Orgs.). O Campo da Atenção Psicossocial. **Anais...Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**, 1. Rio de Janeiro: Te Cora, Instituto Franco Basaglia, 1997.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 497-504, out./dez., 1994.

## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

1. Como teve início suas dificuldades que o levaram ao tratamento psiquiátrico?
2. Que informações você tem a respeito dos atendimentos em saúde mental realizados aqui, neste Posto de Saúde?
3. Que informações você tem a respeito do seu estado de saúde?
4. Em algum momento, você se percebeu com algum tipo de doença?
5. Como é para você, ouvir de um médico, que tens uma doença mental?
6. O que você conhece a respeito desta doença?
7. Como vai ser o seu tratamento?
8. Você recebe orientação sobre os exames e tipos de tratamentos que irá fazer?
9. Você gostaria de falar sobre alguma coisa, a respeito do atendimento recebido aqui no Posto de Saúde?

**ANEXO A - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.****Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

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

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

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

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

## ANEXO B – Código de Ética Médica

### CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM nº 1.246/88, DE 08.01.88 - (D.O.U 26.01.88)

#### Índice

Preâmbulo

Capítulo I: Princípios Fundamentais

Capítulo II: Direitos do Médico

Capítulo III: Responsabilidade Profissional

Capítulo IV: Direitos Humanos

Capítulo V: Relação com Pacientes e seus Familiares

Capítulo VI: Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

Capítulo VII: Relação entre Médicos

Capítulo VIII: Remuneração Profissional

Capítulo IX: Segredo Médico

Capítulo X: Atestado e Boletim Médico

Capítulo XI: Perícia Médica

Capítulo XII: Pesquisa Médica

Capítulo XIII: Publicidade e Trabalhos Científicos

Capítulo XIV: Disposições Gerais

Preâmbulo

I - O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de Saúde e dos médicos em geral.

VI - Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

#### Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ser boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância, ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10º - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11º - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O Mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12º - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13º - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14º - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15º - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16º - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17º - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 18º - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19º - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## Capítulo II - Direitos do Médico

É direito do médico:

Art. 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza.

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

### Capítulo III - Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 - Delegar à outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

### Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

#### Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou ao a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

## Capítulo VI - Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo, quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

## Capítulo VII - Relações Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

## Capítulo VIII - Remuneração Profissional

É vedado ao médico:

Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 96 - Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

## Capítulo IX - Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

#### Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

#### Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

#### Capítulo XII - Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgão competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

### Capítulo XIII - Publicidade e Trabalhos Científicos

É vedado ao médico:

Art. 131 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 - Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado: atribuir-se autoria exclusiva de trabalho

realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

### Capítulo XIV - Disposições Gerais

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua

incapacidade. Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética ("DOU", de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

## ANEXO C – Folha de rosto CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
( versão outubro/99 ) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

<b>1. Projeto de Pesquisa: “DIREITO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL”</b>				
<b>2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)</b> Ciências Humanas-Psicologia		<b>3. Código:</b> 7.07		<b>4. Nível:</b> (Só áreas do conhecimento 4)
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)</b>		<b>6. Código(s):</b>		<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
<b>8. Unitermos:</b> ( 3 opções ) Direito, Portadores de Transtornos Mentais, Saúde Mental.				
<b>2 SUJEITOS DA PESQUISA</b>				
<b>9. Número de sujeitos</b> No Centro: 06 Total:06		<b>10. Grupos Especiais :</b> <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental (X) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( ) Não se aplica ( )		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>				
<b>11. Nome:</b> Ana Maria Pereira Lopes				
<b>12. Identidade:</b> 14643402		<b>13. CPF.:</b> 56487657972		<b>19. Endereço (Rua, n.º):</b> Campeche, 1157 Bairro Campeche
<b>14. Nacionalidade:</b> Brasileira		<b>15. Profissão:</b> Psicóloga		<b>20. CEP:</b> 88063300
<b>16. Maior Titulação:</b> Mestre		<b>17. Cargo</b> Professora		<b>21. Cidade:</b> Florianópolis
<b>18. Instituição a que pertence:</b> UNISUL		<b>23. Fone:</b> 48 99808549		<b>22. U.F. SC</b>
				<b>24. Fax</b>
		<b>25. Email:</b> ana.lopes@unisul.br		
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____				
Assinatura				
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>				
<b>26. Nome:</b> Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)		<b>29. Endereço (Rua, nº):</b> Avenida Pedra Branca nº25		
<b>27. Unidade/Órgão:</b> Curso de psicologia		<b>30. CEP:</b> 88100-000		<b>31. Cidade:</b> Palhoça
				<b>32. U.F. SC</b>
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim ( ) Não (X)		<b>33. Fone:</b> 32791000		<b>34. Fax.:</b>
<b>35. Projeto Multicêntrico:</b> Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )				
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Paulo Roberto Sandrini Cargo: coordenador do Curso de Psicologia Data: ____/____/____				
Assinatura				
<b>PATROCINADOR Não se aplica (X)</b>				
<b>36. Nome:</b>		<b>39. Endereço</b>		
<b>37. Responsável:</b>		<b>40. CEP:</b>		<b>41. Cidade:</b>
				<b>42. UF</b>

38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/____/____	48. Não Aprovado ( ) Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: ____/____/____			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome  Assinatura	<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>			
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

## ANEXO D – Folha de rosto para submissão de projetos UNISUL



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
FOLHA DE ROSTO PARA SUBMISSÃO DOS  
PROJETOS**

Este formulário deve ser datilografado ou preenchido no computador. Antes de preencher este formulário e os demais formulários utilizados pelo CEP-UNISUL e encaminhar o projeto para análise, é recomendada a leitura das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 196 de 10/10/96 e Nº 251 de 7/8/97.

<b>Título do Projeto</b>	: <b>“DIREITO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL”</b>	
<b>Professor</b> (Pesquisador responsável): preencha suas informações e indique o local onde deseja receber seu parecer (dados válidos <b>somente</b> para envio de correspondência interna, dentro da Unisul)		
Nome Pesquisador (professor):	Ana Maria Pereira Lopes	
Curso de Graduação:	Psicologia	
Campus:	Norte - Pedra Branca	
Responsável do local pelo recebimento do parecer:	Escaninho do professor pesquisador responsável.	
<input checked="" type="checkbox"/> - Monografia/Graduação	<input type="checkbox"/> - Monografia/Especialização	<input type="checkbox"/> - Iniciação Científica
<input type="checkbox"/> - Mestrado	<input type="checkbox"/> - Projeto de Pesquisa	<input type="checkbox"/> - Doutorado
<b>Para preenchimento da Comissão de Ética em Pesquisa- CEP-UNISUL</b>		
Data de entrada:	Registro no CEP (código):	
Relator:		
Andamento ou Parecer - escrever data abaixo		
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Aprovado c/ Pendência <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Aprovado e Encaminhado à CONEP		
<b>Para preenchimento do Pesquisador</b>		
Título (sucinto e objetivo)	<b>“DIREITO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL”</b> <b>“Como as pessoas acometidas de transtornos mentais percebem os seus direitos no processo de atendimento em saúde”?</b>	
Pesquisador Responsável e pesquisador externo (nome, endereço, e-mail e telefone).	Ana Maria P. Lopes – Avenida Campeche, nº1157/Florianópolis – SC ana.lopes@unisul.br	

	Geraldo Mollick Brandão – Rua Ver. Domingos F. de Aquino, nº 84 – João Paulo/Florianópolis-SC. mollickb@gmail.com
Outros pesquisadores somente nome, telefone e e-mail.	_____
Objetivo(s) do Estudo	<p><b>Objetivo geral</b> Verificar com usuários de um serviço ambulatorial em saúde mental, sua percepção concernente ao seu direito de informação a respeito de sua doença e de seu tratamento no processo de atendimento em saúde mental.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identificar os conhecimentos dos usuários, de uma Unidade Básica de Saúde, sobre os seus direitos durante o atendimento.</li> <li>b) Identificar a percepção dos usuários sobre os tipos de atendimento prestados pelo posto de saúde.</li> <li>c) Verificar a percepção dos usuários sobre o efeito do diagnóstico e do tratamento recebido no processo de atendimento em saúde mental.</li> </ol>
<p>Métodos Neste campo coloque apenas de maneira resumida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identificação dos sujeitos da pesquisa, número de indivíduos, idade e método de seleção.</li> <li>b. Procedimentos (resumidamente)</li> <li>c. Medidas das variáveis a serem obtidas</li> <li>d. Armazenamento de dados</li> <li>e. Análise, métodos estatísticos</li> </ol>	<p>- Pesquisa qualitativa</p> <p>- Participação desta pesquisa 6 (seis) Portadores de Transtornos Mentais atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista, na cidade de Palhoça.- SC</p> <p>- Será realizada uma entrevista semi-estruturada contendo 09 (nove) questões, permitindo que o tema seja explorado mais amplamente e sem rigidez no transcurso da aplicação.</p> <p>- A entrevista será realizada na Unidade Básica de Saúde, na sala de atendimento psiquiátrico/psicológico.</p> <p>- A escolha dos participantes será feita por meio da relação de pacientes com transtorno mental do serviço médico desta Unidade Básica de Saúde.</p> <p>- Os dados ficaram sob responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa.</p>
Local e tempo de duração do estudo	<p>Local: Centro de Saúde Bela Vista. Rua, José Cosme Pamplona,447- Bela Vista I – Palhoça/SC</p> <p>Início: Março 2009      Término: Junho 2009</p>



**ANEXO E – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA****Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon - Cx Postal 370****88704-900 - Tubarão - SC****Fone: (48) 621-3000****DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS  
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Local e data: \_\_\_\_\_

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer da Comissão de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado “ DIREITO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL” declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

---

Ana Maria Pereira Lopes  
Ass. Pesquisador responsável (UNISUL)

---

Paulo Roberto Sandrini  
Ass. do responsável pela Instituição (UNISUL)  
(Coordenador de curso)

---

Arnaldo Gonçalves Munhoz Junior  
Ass. do responsável (de outra Instituição)

## ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE)



### UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitula-se “**DIREITO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**”, e consiste no Trabalho de Conclusão de Curso TCC-I do curso de psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), tendo como objetivo responder a pergunta de estudo: “**Como as pessoas acometidas de transtornos mentais percebem os seus direitos no processo de atendimento em saúde**”?

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ confirmo que a pesquisador, Geraldo Mollick Brandão, discutiu comigo este estudo.

Assim compreendi que:

1. Este estudo consiste no trabalho de conclusão de curso de Psicologia sob orientação da Professora Ana Maria Pereira Lopes do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.
2. O Objetivo deste estudo é: “Verificar com usuários de um serviço ambulatorial em saúde mental, em uma Unidade Básica de Saúde, sua percepção acerca de seus direitos no processo de atendimento em saúde mental”.
3. Eu, \_\_\_\_\_ (preenchido pelo informante), posso escolher ou não participar desse estudo. Isto não implicará em quaisquer benefícios ou prejuízos pessoais. Realizando as atividades propostas pela pesquisadora (entrevista) estarei participando desta pesquisa.
4. Minha colaboração com esta investigação é fundamental para que a pesquisadora possa responder a questões de pesquisa e desenvolver seu trabalho.
5. Esse trabalho de pesquisa pode ser utilizado como base para publicações e minha identidade não será divulgada.
6. Se eu tiver qualquer dúvida a respeito da pesquisa, poderei contatar com: Geraldo Mollick Brandão pelo telefone: 48-84250482, ou por meio eletrônico através do e-mail: mollickb@gmail.com
7. Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar deste estudo.

Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso : \_\_\_\_\_

RG : \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

**ANEXO G - Termo de Consentimento específico para gravação em áudio**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E  
GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome dos pais ou responsáveis: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se o indivíduo é menor de 18 anos de idade, ou é legalmente incapaz, o consentimento deve ser obtido e assinado por seu representante legal.

Equipe de pesquisadores:

Nomes: \_\_\_\_\_

Data e Local onde será realizado o projeto: \_\_\_\_\_