

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ODILA PAULA SAVENHAGO SCHWARTZ

**DOENÇA MENTAL, DIREITOS HUMANOS E O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM:
INSTRUMENTOS LEGAIS BRASILEIROS**

**CAMPO GRANDE
2017**

ODILA PAULA SAVENHAGO SCHWARTZ

**DOENÇA MENTAL, DIREITOS HUMANOS E O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM:
INSTRUMENTOS LEGAIS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido.

Coorientador: Prof. Dr. Sebastião Junior Henrique Duarte.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

**CAMPO GRANDE
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Schwartz, Odila Paula Savenhago

Doença mental, direitos humanos e o exercício da enfermagem: instrumentos legais brasileiros / Odila Paula Savenhago Schwartz. - Campo Grande, MS, 2017.
102 f.; 30cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Campo Grande, MS, 2017
Inclui bibliografia.

Orientadora: Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido.
Coorientador: Sebastião Junior Henrique Duarte.

1. Direitos Humanos 2. Transtornos Mentais 3. Legislação 4. Exercício da enfermagem.



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Coordenadoria de Pós-Graduação (CPG/PROPP)



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado

Aos vinte e quatro dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, às oito horas, na Unidade 12, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Sebastiao Junior Henrique Duarte (UFMS), Elizabeth Goncalves Ferreira Zaleski (UCDB) e Adailson da Silva Moreira (UFMS/CPTL), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **ODILA PAULA SAVENHAGO SCHWARTZ**, CPF 05938077907, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**DOENÇA MENTAL, DIREITOS HUMANOS E O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: INSTRUMENTOS LEGAIS BRASILEIROS**" e orientação de Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer exposto conforme segue:

EXAMINADOR

Dr. Sebastiao Junior Henrique Duarte

Dra. Elizabeth Goncalves Ferreira Zaleski

Dr. Adailson da Silva Moreira

Dr. Ramon Moraes Penha (Suplente)

ASSINATURA

AValiação

Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada

RESULTADO FINAL:

Aprovação

Aprovação com revisão

Reprovação

OBSERVAÇÕES:

A mostranda apresentou a síntese da dissertação no prazo regimental. A seguir foi arguida pelos membros da banca, que recomendaram a revisão gramatical e ajuste nas normas de citação de ABNT que não invalidam o estudo, porém requer seguir a rigidez de tais normas.

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

*Ao Thiago, por todo incentivo, amor, paciência,
carinho e compreensão; por estar ao meu lado
sempre, e principalmente pelo apoio nesses dois
anos. Àquele que amo incondicionalmente, meu
esposo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, e pelo livramento que me deu após um acidente, que apesar das limitações, tenho muita saúde e com sua infinita graça e misericórdia cheguei ao final de mais uma etapa.

“Sede alegres na esperança, pacientes na tribulação e perseverantes na oração”

Romanos, 12:12

Ainda agradeço a Deus por ter me dado meu amor, o qual desde o início me apoia, me incentiva, me impulsiona, não me deixou desistir nos momentos de tenção e fragilidade. Obrigada Thiago por existir na minha vida, a conclusão vitoriosa desse momento teve sua essencial participação, ajuda, compreensão e seu amor. Te amo!

À minha mãe, que apesar de estar longe, sempre me apoiou. Te amo mãe.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Mariluci Camargo Ferreira Candido, pois através dela e desse trabalho descobri minha área de atuação, a qual hoje sou apaixonada. Obrigada pela paciência, sua calma, serenidade, trazem paz e conforto no momento de turbulência.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Sebastião Junior Henrique Duarte, que me orientou em meio as dificuldades, assumindo a orientação no decorrer do caminho, me impulsionou a ser cada vez melhor rumo a finalização do trabalho.

Às amigas e companheiras de mestrado, em especial Jéssica, Elaine, Nivea e Mayara, pelos momentos que passamos juntas, horas fazendo trabalho para entregar no outro dia, torcendo sempre uma pela outra, pelos momentos mais inusitados que compartilhamos nossas lutas e vitórias. Glória a Deus pela vida de cada uma, e por ter colocado vocês na minha vida. Acabou meninas, vencemos!!

Às minhas grandes amigas Claudia, Juliane e Érica pela amizade e amor de vocês, ambas sempre com palavras de calma, de conforto, pelos almoços, sushis, momento que passamos juntas. E principalmente Suelen, que sempre me ouvia, me aconselhava e me apoiava tanto nos momentos de alegria, quanto nos momentos de dificuldade. Vocês são as irmãs que Deus me permitiu escolher. Tenho que agradecer a Ele por ter colocado vocês na minha vida, e ter permitido que construíssemos essa amizade para vida toda. Obrigada Deus pela vida de cada uma.

Às minhas colegas de trabalho, Juliana, que por várias vezes pude contar com sua compreensão, amizade e parceria. E, em especial Maria Auzanir que desde que nos conhecemos nos tornamos mais que colegas de trabalho, nasceu uma amizade de cumplicidades

e confiança. Sempre me apoiou quando eu estava desanimada, se compadecia da minha tristeza e sempre comemorava comigo as alegrias. Obrigada por estar ao meu lado, e me ajudar inclusive quando estava sob pressão, na realização do trabalho, por me dizer sempre o que eu queria ouvir, obrigada fofinha.

À minha cunhada, Laís, por toda ajuda durante a produção das minhas tabelas, e por todo apoio.

À Coordenação do Mestrado, em especial Prof. Maria Angélica, em meio a dificuldade sempre dizia palavras de tranquilidade, e passava a sensação de que tudo ficaria bem. Obrigada Angélica você realmente é muito especial no que faz.

E por fim, só Deus realmente sabe e a maioria de vocês a luta que foi vencer esses dois anos, e hoje concluir esse mestrado, verdadeiramente é uma grande vitória. Obrigada Deus por ter me sustentado, obrigada amor e meninas pelo apoio.

*“E sabemos que todas as coisas contribuem
juntamente para o bem daqueles que amam a
DEUS” Romanos, 8:28*

*“O que valoriza nossas ações não é a
ansiedade, é a entrega. E entrega requer tempo
para falar, para ouvir, para fazer, desfazer e
fazer de novo, até acertar. ”*

(Clarisse Lispector)

RESUMO

A complexidade do trabalho da equipe multiprofissional no campo da saúde mental requer instrumentos éticos e legais, visando assegurar tanto a atenção integral à saúde como os direitos da pessoa com transtorno mental. Considerando os postulados da reforma psiquiátrica brasileira, que reorganizou o modelo assistencial a esse grupo populacional, instiga o estudo da legislação, visando destacar aquelas que garantam os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e que subsidiem a assistência de enfermagem no cuidado a estes indivíduos e suas famílias. Objetivo: analisar as legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental e sua influência no exercício da enfermagem. Método: pesquisa documental, com abordagem qualitativa, realizada no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, nos sítios eletrônicos da Presidência da República Federativa do Brasil, Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem. Incluíram-se legislações nacionais vigentes que versam a respeito da pessoa com transtorno mental, independente da data de publicação. Excluíram-se: legislações revogadas e as repetidas. Os dados foram coletados em instrumento contendo as seguintes variáveis: fonte e data da publicação, tipo de documento, áreas contempladas e conteúdo dos documentos. Localizaram-se 451 documentos, desses, 5 leis, 6 decretos, 434 portarias e 6 resoluções. Os resultados foram categorizados de acordo com a análise de conteúdo por categorias temáticas. Conclui-se que as legislações federais brasileiras voltadas às pessoas com transtornos mentais avançaram no que diz respeito a habilitação de serviços extra-hospitalares, bem como, com a disponibilização de demais recursos para seu funcionamento. No entanto, os documentos não tratam diretamente dos direitos fundamentais dessas pessoas, situação que compromete o atendimento às necessidades dos que sofrem transtorno mental e configura em implicações para o cuidado pelos profissionais de saúde, entre eles a equipe de enfermagem. Portanto, se faz necessário a realização de pesquisas que gerem publicações científicas, que possam cooperar com a elaboração, manutenção e divulgação dos direitos da pessoa com transtorno mental, e legislações específicas que respaldem, direcionem e garantam a assistência de enfermagem integral a esse grupo vulnerável da população.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Transtornos Mentais. Legislação. Exercício da enfermagem.

ABSTRACT

The complexity of the work of the multiprofessional team in the field of mental health requires ethical and legal instruments, aimed at ensuring both integral health care and the rights of the person with mental disorder. Considering the postulates of the Brazilian psychiatric reform, which reorganized the assistance model to this population group, it instigates the study of legislation, aiming to highlight those that guarantee the fundamental rights of the person with mental disorder and that subsidize the nursing care in the care of these individuals and your families. Objective: to analyze the legislation related to the person with mental disorder and its influence on the exercise of nursing. Method: documentary research, with a qualitative approach, carried out from December 2015 to February 2016, on the websites of the Presidency of the Federative Republic of Brazil, the Ministry of Health and the Federal Nursing Council. National laws in force concerning the person with mental disorder have been included, regardless of the date of publication. Excluded were: repealed and repealed laws. The data were collected in an instrument containing the following variables: source and date of publication, type of document, areas contemplated and content of documents. There were 451 documents, of these, 5 laws, 6 decrees, 434 ordinances and 6 resolutions. The results were categorized according to the content analysis by thematic categories. It is concluded that Brazilian federal legislation aimed at people with mental disorders has advanced in relation to the habilitation of extrahospital services, as well as the availability of other resources for its functioning. However, the documents do not deal directly with the fundamental rights of these people, a situation that compromises the care of the needs of those who suffer from mental disorder and has implications for the care of health professionals, among them the nursing team. Therefore, it is necessary to carry out research that generates scientific publications that can cooperate with the elaboration, maintenance and divulgation of the rights of the person with mental disorder, and specific legislations that support, direct and guarantee integral nursing assistance to this vulnerable group of the population.

Keywords: Human Rights. Mental Disorders. Legislation. Nursing exercise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Descritores utilizados para a busca documental.	54
Figura 1 - Panorama do processo de busca documental - COFEN	56
Figura 2 - Panorama do processo de busca documental - Saúde Legis.....	57
Figura 3 - Panorama do processo de busca documental – Planalto.....	59

ARTIGO I

Tabela 1 - Caracterização dos documentos	65
--	----

ARTIGO II

Figura 1 - Panorama geral do processo de busca documental.....	79
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome de imunodeficiência adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPE – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil
DeCS – Descritores em Ciência da Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ECT – Eletroconvulsoterapia
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV– Vírus da imunodeficiência humana
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PcTM – Pessoa com transtorno mental
PIB – Produto Interno Bruto
RAPS – Rede de atenção psicossocial
RAS – Rede de atenção à saúde
RUE – Rede de atenção às urgências e emergências
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
STOR – Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 Dos Primórdios da Loucura ao Direito e à Atenção à Saúde Mental	20
3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Saúde Mental.....	29
3.3 Doença Mental e Assistência de Enfermagem	33
4 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE	39
4.1 Conceituação de Direitos Humanos e Direitos Fundamentais	39
4.2 Classificação dos Direitos Humanos	41
4.3 Direitos Humanos e a Pessoa com Transtorno Mental	43
4.4 Transtorno Mental	45
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
5.1 Desenho do Estudo	48
5.2 Local da Pesquisa	48
5.3 Amostra	49
5.4 Instrumento de Coleta de Dados	49
5.5 Procedimentos Éticos	50
5.6 Forma de Análise dos Resultados	50
5.7 Organização dos Resultados.....	51
6 PROCESSO DE BUSCA DOCUMENTAL	54
6.1 Processo de busca documental na base de dados – COFEN.....	55
6.2 Processo de busca documental na base de dados – Saúde Legis.	56
6.3 Processo de busca documental na base de dados – Planalto	58

7 RESULTADOS	60
7.1 Artigo I	61
7.2 Artigo II.....	74
8 CONCLUSÃO.....	90
9 IMPLICAÇÕES PARA ASSISTÊNCIA O ENSINO E A PESQUISA.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICE	101
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	102

1 INTRODUÇÃO

O acometimento de transtorno mental na população mundial é considerado um importante problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, em todo o mundo cerca de 650 milhões de pessoas tem algum tipo de transtorno mental (WHO, 2013). Em 2001, a OMS divulgou que a depressão ocupa o quarto lugar entre as dez causas mais relevantes de doenças incapacitantes. É provável que para o ano de 2030 a depressão seja a causa individual que mais contribua para carga de doenças no mundo, mais que os problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, acidentes de trânsito e HIV/AIDS (OMS, 2001).

Nesse seguimento os problemas de saúde mental correspondem por aproximadamente 13% da carga mundial de doenças, (OMS, 2001) e pressupõe-se que até o ano 2020 o recrudescimento dessas doenças terá crescido para 15%. Em torno de 151 milhões de pessoas no mundo são vítimas de depressão, estima-se que 125 milhões sofrem de transtornos relacionados à dependência e consumo de álcool, 50 milhões tem epilepsia e 26 milhões sofrem de esquizofrenia e outras demências (OMS, 2010a). No Brasil, a ocorrência de transtorno mental atinge aproximadamente 12% da população. Apesar disso, uma pequena minoria das pessoas afetadas recebe tratamento (BRASIL, 2012a).

Ressalta-se que os orçamentos destinados à saúde mental para o tratamento e prevenção de distúrbios mentais, representam, na maioria dos países, menos do que 2% ou 1% dos seus gastos totais com a saúde (WHO, 2013). Além disso, mais de 40% dos países não têm políticas de saúde mental, ademais de 30% não tem programas específicos para esse grupo populacional, sem contar que em torno de 90% dos países não tem política de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (OMS, 2001). O Brasil investiu aproximadamente 2,5% do orçamento federal da saúde, na política de saúde mental entre 2001 e 2009, período que iniciou a mudança na assistência em saúde mental. E nesse momento, houve crescimento dos recursos investidos principalmente nas ações extra-hospitalares. Apesar disso, a diferença entre a dimensão do problema e a destinação de recursos é visivelmente desproporcional (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

No Brasil, na década de 1980, a consolidação da Reforma Psiquiátrica, retrata um marco histórico para o país, e representa a mudança do modelo manicomial. Tem como principal objetivo a busca pela garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, e o

redirecionamento do modelo assistencial com foco na desinstitucionalização da assistência através de políticas públicas de saúde. No entanto, apesar das premissas da reforma psiquiátrica, esse novo modelo assistencial vem recebendo críticas decorrentes de denúncias de violências e de outras formas de desrespeito aos direitos humanos destes indivíduos. No que lhes concerne estão incluídos em critérios de vulnerabilidade, sujeitos a discriminação e ao estigma, muitas vezes sofrem violência física e sexual, têm seus direitos políticos e civis restritos, além do acesso à saúde e serviços sociais essenciais, situação que justifica a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas com doença mental (OMS, 2010a; VENTURA; BRITO, 2012).

Assim, em 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro, que estabeleceu diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAS é definida como métodos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a assistência integral a saúde. As Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas fazem parte das *Redes Temáticas* priorizadas a partir do referencial da portaria supracitada (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014b).

O SUS oferece atendimento ao usuário baseado em um modelo de hierarquização dos serviços de saúde por níveis de complexidade. Dessa forma, o atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: *primária ou básica*, entendida como o primeiro nível de atenção à saúde, e tem como estratégia prioritária a *saúde da família*. É o contato preferencial dos usuários de saúde; *a secundária ou de média complexidade* é composta por serviços e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos; e *terciária ou alta complexidade* que propicia à população acesso aos serviços mais qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde, por meio de políticas assistenciais, vem estimulando ações que remetem ao cuidado da pessoa com transtorno mental em diferentes níveis de atenção à saúde. Uma delas é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que está no nível primário de atenção, e tem como proposta, ser resolutiva, estabelecer vínculos de compromissos e responsabilidades entres os profissionais e a população. A ESF está envolvida no atendimento à pessoa com transtorno mental, uma vez que suas equipes estão engajadas no cotidiano da sociedade, promovendo ações de saúde. Assim, desenvolvem mecanismos capazes de ouvir, orientar e

realizar o acolhimento do paciente com transtorno mental e seus familiares, para tratamento e reabilitação da doença (CORREIA; BARROS; COLVEIRO, 2011). Contudo, esta proposta atual de atenção em saúde mental tem encontrado alguns obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico.¹

A ESF funciona como porta de entrada para o sistema público de saúde, formando um conjunto de ações para promoção, proteção, prevenção, diagnósticos, tratamento, reabilitação e redução de danos à manutenção da saúde. Nesse sentido é importante destacar a atuação da equipe multiprofissional de saúde no atendimento à pessoa com transtorno mental e seus familiares, em especial a equipe de enfermagem, por constituírem-se no maior contingente de profissionais de saúde e participarem em todas as etapas da atenção. No entanto, há estudos que evidenciam que existem enfermeiros que não se sentem preparados nem capacitados para atender a demanda da saúde mental visto que, além de atenderem os indivíduos já acometidos pela doença, necessitam ainda, realizar ações preventivas e de detecção precoce, que devem abranger o usuário e seus familiares (WAIDMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2013).

Além disso, a literatura revela que, mesmo com a disponibilização de profissionais de saúde, ainda assim existem barreiras culturais, financeiras e estruturais que impedem o acesso e a procura pelos serviços que oferecem assistência à pessoa com transtorno mental. Outros problemas encontrados são: o preconceito, ou desconhecimento da doença, pouca disponibilidade de serviços, falta de qualificação profissional, a demora na consulta com psiquiatra, entre outros, que se constituem em limitações à atenção integral em saúde mental (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; BRISCHILIANRI *et al.*, 2011).

O transtorno mental é termo utilizado para abranger várias perturbações que afetam o funcionamento da mente do indivíduo. É uma condição caracterizada por perturbações significativas na cognição, na regulação emocional, e no comportamento. Não tem uma causa específica, mas pode se desenvolver devido fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Os transtornos mentais estão frequentemente relacionados a sofrimentos ou dificuldades de desempenhar atividades do cotidiano, da vida pessoal, social, profissional, e outras atividades importantes. Nessa perspectiva, a ocorrência de transtorno mental na população brasileira simboliza um dos principais desafios para o desenvolvimento global nas próximas décadas, por representar a tendência de constituir-se em doenças crônicas que ameaçam a qualidade de

¹ É baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária.

vida de milhões de pessoas (COBB; MITTLER, 2005; BRASIL, 2011a; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Destaca-se que o processo de trabalho em saúde mental é complexo, justificado pelas necessidades de saúde, sociais, educacionais, culturais, entre outras, que requer a criação e implementação de instrumentos legais que assegurem os direitos à pessoa com transtorno mental e sua família, ainda, a atenção à saúde de modo integral e equitativo, através da atenção qualificada.

Daí se faz necessário políticas públicas de saúde que tratem sobre os direitos do cidadão com transtorno mental e que respaldem o exercício da enfermagem no atendimento aos pacientes acometidos e seus familiares. E também o investimento na qualificação dos profissionais que atuam nessa área através da educação e capacitação permanente.

Considerando as especificidades desse grupo vulnerável da população, surge a seguinte questão de pesquisa: o que a legislação federal brasileira oferece para a garantia dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e que possa assegurar o exercício legal da equipe de enfermagem em saúde mental?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar legislações federais relacionadas aos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e a sua influência no exercício da enfermagem.

2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever documentos da legislação geral e específica relacionadas à pessoa com transtorno mental na efetivação dos seus direitos.

b) Relacionar e compreender como é tratada a pessoa com transtorno mental, e a influência dos seus direitos no exercício da enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A loucura era debatida e refletida quatro séculos antes de Cristo, entre os Gregos. Hipócrates a relacionava a causas orgânicas ou crises nos sistemas de humores. Ela está presente em todas as sociedades humanas, mas sua manifestação pode variar de acordo com a época, lugares e costumes. Desde a antiguidade o homem busca entender a loucura através da religião, da filosofia e da medicina. Muito tempo se passou até ter lugar de destaque nas sociedades, e gerar maior atenção por parte de estudiosos, e do poder público, e por fim, se tornou objeto de intervenção e de cuidados da saúde por diferentes sistemas médicos (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p.41; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

3.1 Dos Primórdios da Loucura ao Direito e à Atenção à Saúde Mental

A partir da Idade Média até o final das Cruzadas, houve na Europa a criação de inúmeros estabelecimentos para abrigar pessoas acometidas por lepra, enfermidade que se espalhou rapidamente pelo continente. Na época, o indivíduo com lepra era excluído da sociedade, segundo a igreja a doença era uma manifestação de Deus, “... apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizestes neste mundo” (CHARRET, 1478, apud FOUCAULT, 1978, p. 10). Mesmo acreditando ser uma manifestação de Deus, os leprosos eram excluídos do convívio da igreja e da sociedade (FOUCAULT, 1978).

Após algumas décadas ocorreu um estranho desaparecimento da lepra, resultado espontâneo no fim das Cruzadas, e da ruptura com os focos orientais de infecção. Como consequência, o leproso foi quase esquecido, mas as estruturas em que eram mantidos permanecem. A lepra foi substituída pelas doenças venéreas, que se disseminavam rapidamente, e os doentes foram colocados nas antigas instituições dos leprosos. “...a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão” (FOUCAULT, 1978, p. 12). De tal modo, as pessoas com lepra, doenças venéreas e loucura representavam os excluídos da sociedade (FOUCAULT, 1978).

Ainda na Idade Média a loucura foi associada a um modelo mítico-religioso, com foco em manifestações demoníacas, possessões diabólicas, blasfêmias ou castigos divinos. Nessa

época preocupações maiores surgiram com a loucura e o tratamento para tais enfermidades eram cultos, orações e jejuns associados a rituais de exorcismo, além de internações. Com o passar dos anos as instituições estavam lotadas de doentes mentais e blasfemadores. O século XVII é marcado pelo aumento da quantidade de casas de internamento para loucos; nesses lugares os insanos viviam sob péssimas condições, em locais sujos, frios, lotados de gente e sem comida (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

O período renascentista teve entre outros fatores importantes o aparecimento das grandes navegações. Nessa época os loucos eram enxotados de suas cidades e colocados em barcos e navios e carregados para outras cidades, para prisões, e muitas vezes eram chicoteados publicamente nas cidades onde eram largados pelos marinheiros. O louco ser levado para outros lugares através da água, tinha um sentido purificador, pois acreditavam que “a navegação entrega o homem à incerteza da sorte” (FOUCAULT, 1978, p. 16). Com essas práticas, o insano começa a ser excluído do convívio social. Mais tarde o tema principal da literatura, do teatro, e das artes como um todo passa a ser a loucura, onde, nesse espaço o louco não é visto como uma figura boba, e sim como o detentor da verdade (FOUCAULT, 1978).

A Revolução Francesa foi um momento importante que marcou a história da humanidade. Foi o palco de transformações políticas, sociais e econômicas, que tem suma importância para diversas áreas da saúde, em especial, para história da loucura e da psiquiatria. Se durante a Idade Média a instituição que hoje conhecemos como hospital, foi criado como instituição de caridade, abrigando pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes com a intenção de disciplinar a mendicância e a vagabundagem, ou seja, internando os loucos como uma maneira de não perturbarem a ordem social, e porque seu lugar era com os miseráveis; com as tais mudanças ocorridas após a Revolução Francesa, esse ambiente começou a ser modificado, perdendo seu caráter filantrópico (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

Nesse sentido, a partir de 1656, foi criado pelo rei da França, o Hospital Geral, que exercia a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação a todos os necessitados de cuidados: como as prostitutas, leprosos, os loucos e até os criminosos. Após serem admitidos num Hospital Geral, os internos obtinham uma certa invisibilidade social, visto que no momento em que eram abrigados nesse local, a sociedade não mais se importava com o seu destino ou seu futuro. As internações neste hospital passaram a ser determinadas por autoridades reais e judiciárias, e o poder delegado era exercido sobre toda população, e

não apenas aos já internados. Ele não era correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico, era ao mesmo tempo, espaço de assistência pública, acolhimento, correção e clausura. Quando começou a assumir funções mais sociais e políticas, os profissionais de saúde passaram a atuar no sentido de humanização e adequação ao novo espírito moderno. Nesse contexto novas instituições assistenciais foram criadas, o hospital foi perdendo sua origem de caridade e depois de controle social e assumiu uma nova finalidade, a de tratar enfermos (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2007).

Com as mudanças políticas, sociais e principalmente religiosas a partir do século XVIII na Europa, estabeleceu-se uma nova forma de vivenciar a situação humana. Homens, mulheres, crianças, adolescentes, adultos e idosos, com limitações físicas, perturbadores, blasfemos e contestadores que não seguiam um padrão pelo qual a sociedade julgava como *normal*, eram excluídos do convívio dos iguais. Essas pessoas, consideradas sem condições de inclusão numa atividade produtiva e regular, se encaixavam no estabelecimento dos três grandes eixos da loucura: preconceito, exclusão e intolerância. Eram considerados todos loucos, incapazes, irresponsáveis e, muitas vezes, violentos. Esses indivíduos foram reclusos nas instituições como uma maneira de *limpar* a sociedade (BRASIL, 2003; CUNHA, 2004).

Findando o século XVIII, o médico Philippe Pinel, no período após a Revolução, por incumbência da Assembleia Francesa, passou a classificar os indivíduos excluídos de toda ordem que se misturavam nos hospitais Bicêtre (1793) e Salpêtrière (1795). Pinel desacorrentava e alimentava os internos e passou a discernir os casos sociais² dos casos que julgava como anomalias. Os *alienados*³ passaram a receber tratamento médico desacorrentados, porém institucionalizados, permanecendo enclausurados, não mais por caridade ou punição, mas por um autoritário terapêutico (BRASIL, 2003; CUNHA, 2004; AMARANTE, 2007).

É nesse momento, com o trabalho de Pinel que nasceu a psiquiatria e, pela primeira vez, se pretende tratar o louco como um ser humano. Fundamentado de que a loucura era oriunda de uma lesão no cérebro, e tendo influência do Iluminismo, que zelava pela reforma social e elevação moral, Pinel considerou que as ocorrências da loucura eram advindas de um *caráter* malformado e/ou mal desenvolvido. Tornando o louco um doente e a loucura uma

² Os indivíduos que não eram acometidos por doenças mentais; aqueles que não se encaixavam no padrão que a sociedade ditava como *normal*.

³ Alguém que está fora da realidade, fora de si, sem controle de suas próprias vontades e desejos; fora do mundo, de outro mundo, *no mundo da lua* (AMARANTE, 2007).

doença, assim possível de ser tratada e obter cura. Com essas referências, Pinel criou o Tratamento Moral, primeiro método de tratamento para a loucura, que se baseava em aprisionamento, sangrias e purgativos (BRASIL, 2003; AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

Para Pinel, a clausura que a hospitalização proporcionava permitiria isolar a loucura em seu estado puro, para conhecê-la sem quaisquer interferências. O tratamento moral, representou o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital; assim se consagrava o hospital psiquiátrico e/ou manicômio, como além de uma instituição médica, um lugar comunitário e social para os loucos. O ato de Pinel foi louvado e também recebeu julgamentos, devido ao caráter fechado e autoritário das instituições (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2003; AMARANTE, 2007).

No decorrer século XIX ocorreu uma intensa busca de explicações para a loucura por meio de pesquisas baseadas em circulação sanguínea e dissecação de cérebros. No final do mesmo século, a exclusão e maus-tratos fomentados pelo hospital de Pinel com sua rigorosa administração e exposição pública das condições de vida dos internados, gerou pesadas críticas pelos defensores de formas não-violentas no trato com os loucos. Devido essas críticas, criou-se as colônias para os alienados, que tinha por objetivo trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição e maior liberdade, podendo ser tratados e recuperados, mediante o artesanato e o trabalho agropastoril, porém continuavam ocultos e excluídos (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2003; CUNHA 2004).

O hospital de Pinel ganhou o mundo, em decorrência do contexto e das questões atreladas ao seu surgimento; também deu origem à busca de outras concepções que pudessem trazer maior clareza à natureza humana e sua subjetividade. Após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados de toda história, vários hospitais estimulados por Pinel foram criados em diversos países. Com o desenvolvimento da psicanálise, o médico austríaco Sigmund Freud, foi o mestre de uma revolução intelectual. Ainda que sua contribuição fora de suma importância para o pensamento humano e para a compreensão da loucura no percurso da psicanálise, ele não conseguiu romper com a situação mecanicista de seu tempo. Então, permanecia o hospital, com as regras do hospício pineliano, que na prática eram o único método terapêutico praticado (BRASIL, 2003; AMARANTE, 2007).

Dois séculos de manicômios marcam a história da loucura no âmbito mundial. Em nenhum outro período, tantas pessoas foram internadas e ocultadas em seu direito de conviver

com os de sua própria espécie. As instituições manicomiais tinham a concepção de reclusão dos doentes mentais como única e possível solução. Elas tinham a função de rebaixar, degradar, humilhar e subtrair do indivíduo toda a liberdade e dignidade. O século XIX foi considerado o século dos manicômios, devido à enorme quantidade de hospitais que foram construídos designados aos doentes mentais (FOUCAULT, 1978; BRASIL, 2003; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Como uma maneira de esclarecer a quantidade despropositada de internações psiquiátricas, surgiu uma variedade de diagnósticos para loucura, e com toda essa revolução fez com que a medicina psiquiátrica se desenvolvesse. Com o evento da psiquiatria, ocorreu algumas mudanças no tratamento oferecido à loucura, exemplificando: o louco não era dono do seu chão, de seu pensamento, de sua cidadania, de sua identidade, muito menos de seu comportamento. O oposto da liberdade e da restituição da dignidade humana, o que a psiquiatria exerceu foi o último esvaziamento da humanidade do homem, ou seja, seus processos psíquicos agora não lhes pertencem mais (FOUCAULT, 1978).

A começar do século XX, movimentos reformistas ganharam espaço no cenário mundial. Aparecem na Europa e nos Estados Unidos novas propostas para assistência aos indivíduos com doença mental. No decorrer desse século buscou-se alterar a realidade do tratamento psiquiátrico mediante o progresso de outras concepções de modelos que tentavam promover um maior grau de interação e democracia nas relações entre os profissionais e os internados nas instituições. Baseado na periodização, seguiu os mais relevantes movimentos reformistas: comunidades terapêuticas; psicoterapia institucional; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; e finalizando com a antipsiquiatria (BRASIL, 2003; ROSA; VILHENA, 2012).

O período pós-guerra, tornou-se cenário para projetos da reforma psiquiatria contemporânea. As *comunidades terapêuticas* e a *psicoterapia institucional* representam as reformas restritas ao âmbito asilar. A ideia da comunidade foi na tentativa de tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico. Nesses grupos, os pacientes compartilhavam e debatiam seus problemas e soluções, para com isso, facilitar sua ressocialização. A psicoterapia institucional foi uma série de transformações que ocorreu dentro das instituições asilares, pois, o fato era que as próprias instituições tinham características doentias e precisavam ser tratadas. Assim, um hospital reformado, eficiente e dedicado a terapêutica, a cura da doença mental poderia ser conquistada, e o doente devolvido a sociedade (AMARANTE, 2007).

A *psiquiatria de setor* e *psiquiatria preventiva* representam um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar. A *psiquiatria de setor*, apresenta-se como um movimento de resposta da psiquiatria asilar, com a transformação imediata dos manicômios, e inserindo outro método de terapia, onde o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social, e a passagem pelo hospital será apenas uma etapa do tratamento. A *psiquiatria preventiva* nasceu nos Estados Unidos, e sugere como a terceira revolução psiquiátrica, por se ter descoberto a técnica de intervir nas causas ou nos surgimentos das doenças mentais, e não apenas na prevenção das causas, mas também na promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa um novo objeto na área das doenças mentais a saúde mental (AMARANTE, 1995).

E por fim a antipsiquiatria, que surgiu na década de 1960, na Inglaterra, diante das atrocidades cometidas pelos agentes do saber médico-psiquiátrico. Um grupo de psiquiatras contrários aos tratamentos habituais começaram a questionar a validade desse saber, em defesa das vítimas da incompreensão e de outros diagnósticos equivocados. A antipsiquiatria decorreu de estudos revolucionários sobre o comportamento humano e tem como uma de suas principais características, além de negar o modelo tradicional, promover novas alternativas de tratamento. Sendo assim, para a antipsiquiatria os sintomas manifestados tinham origem nas relações doentias que os indivíduos mantinham; e propõe então, a compreensão desse, naquilo que ele tem de singular, em função do relacionamento social que mantém (OLIVEIRA, 2011).

A loucura no Brasil só veio a ser objeto de intervenção durante o século XIX, pois os loucos ainda não haviam despertado grande interesse do Estado, nem da sociedade. Até então o Estado isentava-se de uma participação direta dos problemas da saúde. Enquanto do período de progresso e consolidação da nação brasileira como um país independente, os loucos passaram a ser vistos como resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública, começaram então a serem afastados do convívio social. Quando pertencentes às classes sociais mais privilegiadas eram reclusos em suas próprias casas. Aos loucos que apresentassem comportamento agressivo não era mais permitido continuar vagando nas ruas, principalmente quando eram pobres e desfavoráveis, então eram recolhidos pelas Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado (BRASIL, 2003; FONTE, 2012).

O marco da assistência psiquiátrica brasileira se deu com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Dom Pedro II, que foi inaugurado em dezembro de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, nitidamente inspirado no modelo asilar de Pinel. O isolamento combinado com a exclusão e limitação da liberdade eram as principais características do

hospício, e essa forma de asilamento não era apenas para os loucos e doentes, mas também às pessoas que de alguma forma *perturbaram* o bem-estar da sociedade, como os mendigos, aleijados, negros (escravos ou não) pobres, miseráveis e criminosos, de algum jeito perigosos para a ordem pública. Nesse período a assistência era praticada de maneira leiga, de caráter asilar, pertencentes à igreja católica onde por compaixão as freiras prestavam assistência aos internados desvalidos (MOURA; LUZIO, 2011; FONTE, 2012).

Outras instituições psiquiátricas foram criadas no território brasileiro, até o fim do Império, essas instituições eram restritas ao caráter medicalizado. Os raros médicos existentes tinham pouca influência nas questões administrativas, e nos critérios de seleção dos pacientes, uma vez que estes eram escolhidos a juízo das autoridades públicas. Em meados de 1890, a igreja e o Estado deixaram de ser atrelados, e os médicos conseguiram substituir as administrações leigas das Santas Casas, bem como as ordens religiosas que prestavam serviços nestes locais, cabendo-lhes então a administração desses hospícios. Os médicos se aliaram ao Estado na proteção da ordem pública, e a proposta terapêutica do hospício nessa época, era baseado no tratamento moral, no isolamento, vigilância e distribuição de tempo, técnicas herdadas de Pinel (BRASIL, 2003; CUNHA, 2004; FONTE, 2012; CALDAS; NOBRE, 2012).

O mesmo hospital marcado pelos maus tratos causado aos pacientes internados, também é marcado por uma personagem que fez história na psiquiatria brasileira, Nise da Silveira (1905 -1999) também considerada uma das pioneiras da psicologia, ela foi a pioneira na terapia ocupacional. Implantando em 1946 esse método terapêutico no hospício Pedro II no Rio de Janeiro, Nise ajudava os pacientes na reabilitação psiquiátrica, e a partir disso houve a criação de uma Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II (STOR), a qual foi dirigida por ela desde sua fundação até sua aposentadoria em 1974. Dentre os setores especializados que compunham a STOR, o atelier de pintura ganhou notoriedade com a produção das matérias dos pacientes sobre as imagens da psicose (CÂMARA, 2002; SCHLEDER; HOLANDA, 2015).

Para Nise a terapia ocupacional era uma psicoterapia não verbal, ímpar, e adequada a reabilitação de psicóticos; ela introduziu ainda animais (gatos e cães) em seu serviço, como uma maneira de atrair a afetividade dos psicóticos, e assim estabelecer uma ponte com o mundo real. Dentre seus mais importantes trabalhos destacam-se a fundação do Museu de Imagens do Inconsciente em 1952, onde estão expostas as obras de seus pacientes; em 1956 criou a Casa das Palmeiras, uma clínica psiquiátrica de regime aberto, com o objetivo de

funcionar como intermediária entre a rotina da instituição hospitalar, desindividualizada e a vida em sociedade. Para compreender o que se passava com seus pacientes por meio da expressão artística, Nise estudou a psicologia analítica, formulada por Carl Gustav Jung, psiquiatra suíço, tornando-se referência da abordagem teórica no Brasil (CÂMARA, 2002; SCHLEDER; HOLANDA, 2015).

Dentre as diversas instituições psiquiátricas criadas no Brasil, em 1903, na cidade de Barbacena, Minas Gerais, foi fundado o que seria o maior hospício do país, chamado de Colônia. O hospital de Barbacena ficou conhecido como *Holocausto brasileiro*, onde mais de 60 mil pessoas morreram entre seus muros, a maioria foi jogada em vagões de um trem ao redor do país e internadas a força. Dentre os internos 70% não tinham diagnóstico de doença mental, eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, meninas grávidas, outras que perderam a virgindade antes do casamento, alguns eram tímidos e haviam muitas crianças (ARBEX, 2013 p. 13-15).

As condições que viviam homens, mulheres e crianças no Colônia foi comparado por Franco Basaglia – psiquiatria italiano pioneiro da luta pelo fim dos manicômios – como um campo de concentração nazista. Pois além da superlotação, os pacientes morriam de frio, de fome, de doenças e de choque. Eram torturados fisicamente, psicologicamente e com eletrochoques. Viviam nus, já que não havia roupas nem alimentos para todos, sobre urinas e fezes, bebiam água de esgoto, comiam ratos e dormiam sobre capins. Em épocas de maior lotação chegava a morrer 16 pessoas por dia. Ao morrer davam lucro, visto que os cadáveres eram vendidos às faculdades de medicina do país, sem que ninguém se queixasse, até haver um excesso de cadáveres, aí os corpos eram decompostos em ácido no pátio do Colônia, na frente dos outros pacientes, e as ossadas eram comercializadas. Franco Basaglia fez essa comparação em 1979 após conhecer a realidade do manicômio de Barbacena, para uma coletiva de imprensa e disse ainda, que em nenhum outro lugar do mundo, havia presenciado uma tragédia como esta (ARBEX, 2013, p. 15).

Com o passar dos anos, as instituições públicas passaram por diversas transformações, mais leitos foram construídos, antigos foram reformados, novos hospícios começaram a surgir com estruturas diferenciadas. Os pacientes passaram a ser realocados conforme sexo, poder aquisitivo e comportamento. O Brasil teve seu primeiro Manicômio Judiciário inaugurado, em 1921, no Rio de Janeiro, após o Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, e ficou sob a direção de um médico psiquiatra. Nessas instituições eram mantidos, através de medidas de segurança condenados que apresentassem sintomas de loucura, eram considerados penalmente

irresponsáveis por algum crime ou delito. Esses Manicômios eram locais complexos que conseguiam articular duas realidades angustiante da sociedade, o asilo de alienados e a prisão de um lado, e o criminoso e o louco de outro. Os presos que enlouqueciam nas prisões também eram enviados para esse manicômio (CARRARA, 2010; CALDAS; NOBRE, 2012; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

No início do século XX, a assistência aos doentes mentais começou a ser questionada diante das transformações que estavam ocorrendo nas práticas psiquiátricas nos Estados Unidos e na Europa. Além das descobertas de medicações utilizadas para tratamento das psicoses, responsáveis em parte, pelas transformações dos manicômios no mundo ocidental. Diante destas transformações, desde a metade do século XX a OMS passou a recomendar que os países passassem a investir em ações em saúde mental (BRASIL, 2003; MOURA; LUZIO, 2011; CALDAS; NOBRE, 2012).

Diversas denúncias públicas sobre as péssimas condições em que estavam sendo submetidos nos hospitais psiquiátricos, às pessoas com transtorno mental, marcou a história do Brasil na década de 1970. Estes indivíduos estavam sendo vítimas de técnicas coercitivas, cruéis e desumanas, com internações que chegavam à média de 25 anos. Imagens dos pacientes psiquiátricos flagrados em abandono, precariedade, descuido espantaram o país. Diante dessa situação de segregação e desumanização do paciente, surgiu como resposta à reforma psiquiátrica brasileira (MOURA; LUZIO, 2011; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Simultaneamente aos acontecimentos que deram origem à reforma psiquiatria, outros eventos aconteciam no estado brasileiro, como o Movimento Higienista, a exemplo da cultura grega, tinha uma preocupação central com a saúde, e suas propostas situavam-se na defesa da saúde pública, na educação e no ensino de novos hábitos. O principal objetivo do movimento era valorizar as pessoas, preconizando novas normas e hábitos para conservar a higiene individual, a coletiva, o meio ambiente e conseqüentemente a saúde. No início do século XX o Estado começou a construir uma estrutura sobre os hábitos corporais dos indivíduos, com o propósito de impedir epidemias. Empiricamente o maior exemplo dessa abordagem é conhecida como a Revolta da Vacina, que ocorreu em 1904 no Rio de Janeiro (GÓIS JUNIOR, 2007).

O movimento higienista influenciou as questões da doença mental, pois entendia-se que de maneira geral a higiene interferia no funcionamento da sociedade e das causas das doenças. Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no Rio de Janeiro,

com a finalidade de elaborar programas de higiene mental apoiados na noção de prevenção eugênica. Em 1925 a Liga tinha dentre outros fins a prevenção das doenças mentais pela observância dos princípios da higiene geral, e do sistema nervoso; e proteção e amparo no meio social aos egressos de manicômios. O contexto preventivo das doenças mentais foi valorizado no higienismo, no entanto a *Eugenia*, tida como necessária em nome dessa prevenção, era uma ideologia racista (MANSANERA; SILVA, 2000).

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Saúde Mental

Dentre as denúncias que se iniciaram na década de 1970 sobre as condições dos pacientes nos manicômios espalhados pelo país, destaca-se a realizada no final da mesma década pelo psiquiatra Ronaldo Simões sob influência do francês Michel Foucault, que várias vezes visitou os hospícios do país, e inspirada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. A denúncia aconteceu no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, onde Simões revelou publicamente as atrocidades cometidas aos internos no Colônia. Mesmo que o Estado de Minas Gerais tenha produzido a maior tragédia da loucura no Brasil, através do Hospital Colônia, ele apoiou as primeiras manifestações em favor da reforma psiquiátrica (ARBEX, 2013 p. 180).

A iniciação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde destinado a formular políticas de saúde do subsetor da saúde mental. Além das denúncias de maus-tratos e tratamento desumano que os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos eram submetidos, haviam denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, que os profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalhavam como bolsistas estavam sofrendo junto com os pacientes. Estes, trabalhavam em condições precárias em clima de ameaças e hostilidade, dentre outras violências institucionais (AMARANTE, 1995; CALDAS; NOBRE, 2012).

Neste contexto, os profissionais e estagiários de alguns hospitais psiquiátricos, iniciam uma grande greve no final da década de 1970, apoiada por forças sociais e democráticas, reivindicando direitos trabalhistas, bem como estabelecendo críticas ao modelo médico-assistencial e das condições de atendimento dada aos pacientes. Devido esse quadro social e econômico do país, desvantajoso desde o início da mesma década, constituíram-se os movimentos sociais em prol da democratização e reivindicação dos direitos sociais. A

reivindicação da sociedade aproxima-se dos movimentos dos profissionais da saúde, que direcionam para necessidade de reformar o sistema de saúde pública, requisitando dentre os direitos humanos fundamentais, o acesso a melhores condições de saúde (AMARANTE, 1995; MOURA; LUZIO, 2011; CALDAS; NOBRE, 2012).

No Rio de Janeiro o ano de 1978 foi marcado efetivamente pelo Movimento dos Direitos dos Pacientes com Transtorno Mental no Brasil, MTSM. Esse movimento foi composto por participantes de várias categorias profissionais, os da saúde, mas também por sindicalistas, familiares, pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, entre outros. Esse foi um período marcado por uma série de denúncias em combate, a chamada *indústria da loucura*, e violência dos manicômios. As reivindicações do movimento foram integradas ao movimento sanitário, onde a luta de ambos era comum e o MTSM passou a formular propostas e alternativas ao sistema de isolamento e internação então vigentes, e dez anos mais tarde transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008; MOURA; LUZIO, 2011; COREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

No entanto, foi apenas na década de 1980 que o movimento da reforma psiquiátrica de fato se concretizou nas políticas de saúde no Brasil. A reforma foi a representação de um movimento histórico em favor da mudança do modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde mental. Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Foi representada por um processo político e social complexo, uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens que aconteceu em diversos territórios (BRASIL, 2005; BRITO; VENTURA, 2012).

A reforma psiquiátrica está fundamentada na busca da garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, e tem como vertentes a desinstitucionalização com conseguinte desconstrução do manicômio e dos paradigmas que os sustentavam. A reinserção social foi considerada uma estratégia global, que sugere o envolvimento da pessoa, seus familiares, profissionais de saúde mental, gestores e comunidade. Logo, o principal pilar da reforma foi a reestruturação da assistência à saúde voltada à pessoa com transtorno mental. Neste contexto, as políticas de saúde têm como finalidade a reformulação do modelo de internação, com vista ao resgate da cidadania do paciente, bem como sua inclusão social e à restituição de sua dignidade (BRASIL, 2005; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Nesse marco de desinstitucionalização, ocorreu o fim da ditadura militar no início de 1985, época em que foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e que pela

primeira vez foi aberta ao público, tendo caráter de consulta e participação social, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, dentre outros encontros importantes. Uma nova concepção de saúde foi manifestada no evento, colocando a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (CALDAS; NOBRE 2012; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Sendo assim, foi através da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), de 1988, em seu artigo 196, que ficou instituído que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Garantindo por meio de políticas sociais e econômicas condições que visem à redução de risco de doença e de outros agravos à saúde, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a assinatura da Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Brasil, na década de 1990 firmou um compromisso para atingir a meta de saúde para todos até 2020. Tal fato contribuiu para que o Brasil começasse a desenvolver legislações específicas em saúde mental, e dar início a uma rede assistencial de saúde mental que mais tarde seria a RAPS. Com o intuito de substituir o modelo manicomial, passou a entrar em vigor a implantação de serviços extra-hospitalares, de atenção diária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), e hospitais dia (BRASIL, 2005; CALDAS; NOBRE, 2012).

A década de 1990 foi um momento intenso no campo da política normativa para saúde mental, consolidando assim a reforma psiquiátrica no Brasil. A solidificação de uma sociedade sem manicômios, desospitalização, atendimento na comunidade, reintegração social e proibição de celas fortes nos hospitais psiquiátricos pautaram o início das mudanças. A inviolabilidade de correspondências, respeito aos direitos humanos e oferecimento de mínimas condições de lazer para os pacientes com transtorno mental, tornou-se possível após a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, do deputado Paulo Delgado, que prevê a extinção progressiva dos manicômios, além de direitos às pessoas com transtorno mental (CALDAS; NOBRE, 2012; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Essa lei sintetizou duas décadas de discussões e debates acerca dos direitos do indivíduo com transtorno mental, e após tramitar mais de dez anos no Congresso Nacional foi promulgada; ela dispõe sobre proteção e direitos da pessoa com transtorno mental, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entre outras disposições, é vedada internações de pacientes em instituições com características asilares, e a finalidade do tratamento visa a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013).

Dentre outras prerrogativas, essa lei deu origem a Política Nacional de Saúde Mental. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite expande-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), que indispensavelmente passa a integrar o conjunto de redes das regiões de saúde. Mais precisamente a rede foi instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cuja finalidade é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental. Trazendo como diretrizes, respeito aos direitos humanos, garantia da autonomia e liberdade. Propiciando a promoção da equidade; combate ao estigmas e preconceitos e atenção humanizada (BRASIL, 2011b; VENTURA; BRITO, 2012; BRASIL, 2013).

Dentre as ferramentas substitutivas ao modelo carcerário manicomial a RAPs fortalece os CAPs e é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde: unidade básica de saúde; núcleo de apoio à saúde da família; consultório de rua e centros de convivência e cultura. Atenção psicossocial estratégica: centros de atenção psicossocial em suas diferentes modalidades. Atenção de urgência e emergência: serviço móvel de urgência (SAMU) 192; unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro e unidades básica de saúde. Atenção residencial de caráter transitório: unidade de acolhimento e serviços de atenção em regime residencial. Atenção hospitalar: leitos para saúde mental em hospital geral. Estratégia de desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos e programa de volta para casa. Estratégia de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como principal conduta, organizar a redução progressiva e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando ao mesmo tempo a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolutividade os pacientes que necessitem de atendimento. Com essa estrutura teve início ações de saúde na atenção básica, a atenção integral ao usuário de crack, álcool e outras drogas. Nesse sentido, a família foi solicitada como parceira dos serviços e considerada necessária e aliada no cuidado do seu familiar com doença mental (BRASIL, 2010a; ESPERIDIÃO, *et al.*, 2013; BRASIL, 2013).

Os arranjos legais criados e implantados durante o período da consolidação da reforma psiquiátrica passaram a ser editados, e são considerados como foco os direitos humanos, civis, políticos e sociais para a pessoa com transtorno mental. Pode-se afirmar que as leis, a partir do século XXI, procuraram desconstruir o modelo asilar e trazer alternativas para o cenário de

enclausuramento arbitrário, maus-tratos, falta de higiene, abandono familiar, defraudação dos direitos civis, torturas, dentre outros sofrimentos que essas pessoas eram submetidas. Embora a Lei nº 10.216/2001 não traga em seu texto a palavra dignidade, ela garante por meio da proteção aos demais direitos que toda pessoa com transtorno mental deverá ser tratada com humanidade e respeito (BRASIL, 2001; CALDAS; NOBRE, 2012; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Com a finalidade de dar evidência aos problemas enfrentados pela pessoa com transtorno mental, o Brasil aprovou a Lei nº 13.061, de 22 de dezembro de 2014, que institui o dia nacional dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental. Data que será celebrada anualmente no dia 10 de outubro, tendo como objetivo sensibilizar o Estado e a sociedade para a criação de políticas públicas que assegurem o atendimento dessa população na rede pública de saúde. Fica a critério do Ministério da Saúde elaborar calendário especial de atividades, bem como anualmente eleger o tema que pautará em todo o país ações para concretização dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2014a).

Em meio aos avanços nas políticas públicas e nas legislações formuladas após a reformas psiquiátrica, a Lei nº 11.343, de 25 de agosto de 2005, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para prevenção do uso inadequado, atenção e reinserção social aos usuários dependentes de drogas, dentre outras medidas relacionadas ao tráfico ilícito, crime e dá outras providencias, faz parte dessa evolução promovida em conjunto com a lei de Paulo Delgado na história no nosso país (BRASIL, 2006).

3.3 Doença Mental e Assistência de Enfermagem

A saúde mental pode ser entendida como o estado harmônico que as pessoas desenvolvem e sustentam para viver em sociedade, em constante interação com os demais indivíduos e o meio ambiente. É a busca contínua pela autorrealização, um bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a realização do potencial intelectual e emocional. A habilidade de aceitar a si mesmo, de manifestar espontaneidade, capacidade de concentrar-se na resolução de problemas dentre outras adaptações bem-sucedidas aos meios estressores internos e externos, ocasionadas por pensamentos, sentimentos ou comportamentos de si ou de outros (OMS, 2001; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; TOWNSEND, 2014).

As pessoas mentalmente saudáveis têm condições de desempenhar de maneira confortável e produtiva suas atividades, são satisfeitas consigo mesmas e com suas situações de vida. De maneira geral é complexo conceituar a saúde mental, porém concorda-se que ela é algo mais do que a ausência de transtornos mentais, e que é indispensável para o bem-estar geral do indivíduo e da sociedade (OMS, 2001; SMELTZER; BARE, 2011).

A doença mental acontece quando as pessoas não conseguem desenvolver ou manter o funcionamento harmônico para viver individualmente ou em sociedade, e suas possibilidades não se tornam realidade. Não é simples conceituar ou definir um transtorno mental, pois não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Esses transtornos são diferentes uns dos outros, e cada um é acompanhado por sintomas diferentes. São caracterizados por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos sociais incomuns (OMS, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; OMS, 2013).

Em geral, um transtorno mental representa um significativo impacto na vida do indivíduo, provocando sintomas como desconforto emocional, distúrbio de conduta, enfraquecimento da memória, diminuição da qualidade de vida, e também um importante impulso em termos de morbidade. Além disso, a doença gera um forte impacto na vida dos familiares, que passam por momentos de incerteza e perplexidade (OMS, 2001; JORGE *et al.*, 2008).

A história do cuidado de enfermagem em saúde mental no Brasil teve início simultaneamente com o da psiquiatria, com a fundação do hospício Pedro II, no ano de 1852. Ao longo de desenvolvimento histórico, a enfermagem não era considerada profissão, e os cuidados eram exercidos pelas irmãs de caridade e atendentes, predominantemente por compaixão, sentimentos de humildade, obediência e submissão. O labor da enfermagem era manter a ordem asilar através da vigilância, repressão, punição, violência e ordem disciplinar. Com a saída das irmãs de caridade, em 1890, e com a contribuição das enfermeiras francesas, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital de Alienados, que tinha como objetivo preparar os profissionais para cuidar dos doentes nos hospícios, hospitais civis e militares (REINALDO; PILLON, 2007; ESPERIDIÃO, *et al.*, 2013).

Dessa forma, a primeira tentativa de sistematização do ensino da enfermagem no Brasil foi na área psiquiátrica, onde o hospício era o núcleo central da prática de enfermagem. À enfermagem foi dado o direito de controlar, disciplinar e reeducar o doente mental estabelecendo e legitimando a vigilância e o confinamento como os principais métodos de

assistência. Esse modelo de prestação de cuidados que no decorrer da história acontecia centralizada na discriminação e confinamento, torna-se incompatível com as mudanças e as evoluções políticas e sociais que ocorrem no decorrer das décadas (BARROS; EGRY, 1994; ESPERIDIÃO, *et al.*, 2013).

Ao redefinir e reorganizar o padrão de assistência, abriu-se um campo mais abrangente para enfermagem, com ações mais ampliadas. Se antes, limitava-se aos cuidados dos doentes hospitalizados, passou a ocupar-se também dos conflitos e inaptações, seu objeto tornou-se mais complexo e amplo, pois trata-se da saúde mental. Em meados dos anos de 1970 os enfermeiros questionavam o modelo asilar da assistência psiquiátrica, e buscavam construir um corpo de conhecimento específico para sua área, através das teorias de enfermagem, com a finalidade de buscar autonomia para sua prática. A enfermagem brasileira foi fortemente influenciada pela psiquiatria preventiva e comunitária, com a ótica de prestar assistência em saúde mental fora dos muros hospitalares sem isolamento do indivíduo, da sua família e seu próprio ambiente (BARROS; EGRY, 1994; REINALDO; PILLON, 2007).

As transformações da assistência da enfermagem se deram a partir da reforma psiquiátrica, com a lógica da desinstitucionalização devido ao movimento da reforma psiquiátrica e a implantação de serviços de base comunitária, que previa além da atuação do enfermeiro a participação de equipes multiprofissionais. Nesse contexto, o enfermeiro passa ter uma postura diferenciada, levando em consideração a individualidade do ser humano, auxiliando-o a enfrentar as pressões da doença mental, promovendo o autocuidado, assim como conscientizando-se de seu papel ativo no processo de saúde e doença. Nesse sentido as ações do enfermeiro têm como objetivo a promoção da saúde, e junto com o paciente assiste à família e a comunidade (LACCHINI *et al.*, 2011; PESSOA JÚNIOR *et al.*, 2014).

O cuidado de enfermagem em saúde mental vem evoluindo consideravelmente no decorrer dos anos, envolvendo uma parceria com o cliente e a família para atender a demanda às diversas faces do transtorno mental. Elas exigem que ele assuma o compromisso com o trabalho interdisciplinar, além de ter conhecimento para atuar nos vários serviços de saúde mental, como na prevenção da doença, no atendimento ambulatorial e emergencial, no âmbito hospitalar, na atenção básica, e assim contribuir para promoção do bem-estar biopsicossocial dos pacientes e de seus familiares. Com os serviços abertos de saúde mental, foi preciso reorganizar os processos de trabalho, e coube à enfermagem assumir a atitude crítico-reflexiva, numa perspectiva humanizada e de autonomia profissional (STEFANELLI;

FUKUDA; ARANTES, 2008; ALENCAR; FERNANDES, 2010; LACCHINI *et al.*, 2011; ESPERIDIÃO, *et al.*, 2013).

A assistência ao paciente nos serviços de saúde mental passou a ter uma priorização pautada na humanização e na integralidade da assistência. As atividades terapêuticas realizadas pelo enfermeiro e equipe multiprofissional, são direcionadas à promoção da saúde mental, prevenção de enfermidade, ajuda à pessoa no confronto de adversidade, pressões, sofrimentos e dificuldades do dia a dia. Estendendo sua atenção para os familiares, utilizando como estratégia o grupo de família, que os ajuda a encontrar um sentido para a doença mental. Essa nova maneira de cuidar, possibilita trocas de experiências, auxilia os familiares a entenderem como lidar com o processo de saúde-doença, tratamento e cura (ALENCAR; FERNANDES, 2010; WAIDMAN *et al.*, 2012; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013; PESSOA JÚNIOR *et al.*, 2014).

Em se falar de equipe multiprofissional, entende-se como tal um grupo de pessoas de diferentes profissões e formações, de nível médio, técnico e superior, que trabalham em um serviço de saúde mental. Para atendimento no CAPs por exemplo, é necessário uma equipe mínima composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. E ainda, equipe de cozinha e limpeza. Para cada tipo de CAPs, e/ou serviço de saúde mental deverá ter uma equipe mínima para atendimento aos pacientes. As equipes têm o papel de acolher o usuário, desenvolver projetos terapêuticos e trabalhar na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Profissional indispensável no tratamento de um paciente com transtorno mental, o enfermeiro é reconhecido como agente terapêutico, juntamente com a equipe de enfermagem, por ter influência nas relações interpessoais, promover modificações favoráveis ao paciente e estabelecer interação em grupo. No entanto, a complexidade do trabalho em saúde mental requer legislações que assegurem, além do exercício profissional, os direitos da pessoa com transtorno mental, visando atender integralmente o paciente e seus fatores sociais, assim priorizar o tratamento que vise à reinserção sociocultural, político e econômico e as relações interpessoais desses indivíduos (ALENCAR; FERNANDES, 2010).

No trabalho com o paciente, o enfermeiro deve buscar soluções adequadas para suas condições, e não revolver seus problemas, utilizando habilidades, conhecimento, oferecendo intervenção terapêutica, sabendo ouvir e intervindo por meio de instrumentos e ações que visem uma melhor qualidade de vida ao mesmo. Também deve atentar na promoção da saúde

fortalecendo o vínculo entre paciente e família, sempre buscando a reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu ambiente familiar e na vida cotidiana (LACCHINI *et al.*, 2011).

Além disso, o enfermeiro exerce outras funções como criar e manter o ambiente terapêutico; atuar como figura significativa; ensinar paciente e familiar sobre saúde mental; gerenciar cuidados; realizar a terapia do dia-a-dia; atuar em equipe interdisciplinar; participar da elaboração de políticas de saúde mental entre outras. Nesse contexto atua para prescrever e promover saúde mental, assim como para fazer intervenções em crise quando necessário. E no desempenho de suas funções se vê envolvido no cuidado de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Para tanto deve estar atento à qualidade da assistência que é oferecida em todos os serviços e zelar para que haja quantitativo de profissionais capacitados para o atendimento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Além da atuação técnica do cuidado em saúde, o enfermeiro desempenha função como agente político de cidadania junto aos usuários, papel esse que pode ser denominado como *advocacia*. Em suas atividades, o enfermeiro coordena as atividades diárias dos serviços de saúde, além de prestar cuidados diretos e contínuos aos pacientes, por isso, encontra-se em contato direto com situações que o levam a agir em busca de mudanças, atuando assim como *advogado* dos usuários de saúde. Dessa maneira, a advocacia representa um dos conceitos-chave da ética em enfermagem, debatido desde sua introdução no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Mais que quaisquer outros profissionais da saúde, o enfermeiro frequentemente tem inúmeras oportunidades de favorecer e demonstrar respeito pelos direitos dos pacientes e de advogar por eles (VENTURA *et al.*, 2012).

O código de ética dos profissionais de enfermagem regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311, de 08 de fevereiro de 2007, normatiza o exercício da enfermagem no país. Esclarece que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, que o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que, em virtude das legislações após a reforma psiquiátrica, com implantação da política nacional de saúde mental, e com a construção de uma rede de linha de cuidado, a enfermagem possuiu papel expressivo, visto que todos os elementos da RAPs

recomendam a presença do profissional enfermeiro, uma vez que o mesmo exerce funções exclusivas, como a consulta de enfermagem, supervisão e capacitação da equipe de enfermagem. Diante das fortes mudanças no contexto assistencial brasileiro na área da saúde mental, se faz necessário uma profissão com organização política, científica, e cultural e que tenha legislações que a respaldem nas suas diversas funções e em seus serviços especializados (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Dessa forma, não há como se falar direito à saúde mental sem tratar dos direitos humanos (OMS, 2008). A saúde mental deve ser um direito da pessoa humana, sendo fundamental para a sua dignidade, e o seu conhecimento e a sua discussão pelos profissionais de saúde são imprescindíveis para a materialização e o respeito desses direitos. O enfermeiro tem papel essencial à profissão, respeitando os direitos humanos, incluindo o direito à vida, à saúde, à dignidade e de ser tratado com respeito.

4 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

O movimento de direitos humanos surgiu a partir da Segunda Guerra Mundial, em resposta às atrocidades cometidas ao longo do nazismo. A era Hitler foi marcada pela destruição e irrelevância com a pessoa humana, resultando na eliminação de onze milhões de pessoas, apontando o Estado como o grande violador dos direitos humanos. Nesse mesmo período, após a Segunda Guerra Mundial, os hospitais psiquiátricos foram comparados com os campos de concentração nazistas, e então começaram a surgir os questionamentos referentes aos tratamentos realizados no interior dos manicômios (CALDAS; NOBRE, 2012; PIOZEVAN, 2013).

A consolidação dos Direitos Humanos surgiu em meados do século XX no pós-guerra, devido a necessidade de uma ação internacional mais eficaz para proteção dos seres humanos, principalmente os mais vulneráveis, pois tornou-se uma preocupação mundial. Esses direitos são históricos e foram construídos no decorrer do tempo, tendo como propósito proteger os direitos de todo cidadão, independentemente de sua raça, cor, sexo, religião, idioma e etc. (MAZZUOLI, 2011; PIOZEVAN, 2013).

O marco histórico inicial foi a carta de São Francisco, tratado internacional que criou a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945; com suas agências especializadas determinou o surgimento de uma nova ordem internacional. Foi a partir de 1948 com a Declaração Universal de Direitos Humanos que o chamado Direitos Humanos começou a ser traçado, através de importantes tratados de alcance mundial (RAMOS, 2012; PIOZEVAN, 2013).

No Brasil a promulgação da Constituição Federal de 1988 simbolizou o marco jurídico da transição democrática e da instituição dos direitos humanos no país. O texto de 1988 destaca-se como documento mais avançado, abrangente e minucioso sobre a matéria. A dignidade humana e os direitos e garantias fundamentais vêm a constituir os princípios constitucionais do sistema jurídico brasileiro (MAZZUOLI, 2011; PIOZEVAN, 2013).

4.1 Conceituação de Direitos Humanos e Direitos Fundamentais

Os direitos humanos são essenciais para qualquer pessoa, sem quaisquer discriminações. São aqueles que pertencem ou devem pertencer a todos os homens, mulheres e crianças e que não podem ser deles privados, são essenciais para o desenvolvimento digno da vida humana. São para todos, independentemente da nacionalidade, crença, opção política, dentre outras singularidades (RAMOS, 2012; RAMOS, 2013).

Os direitos humanos são inscritos em tratados ou costumes internacionais. São universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, nos quais os valores da dignidade, igualdade e liberdade se conjugam e se completam. Devem ser reconhecidos positivamente pelos ordenamentos jurídicos, nos planos nacional e internacional. Esses direitos são para todas as pessoas, e basta ter a condição de *ser humano* para solicitar a proteção deles. São essenciais por natureza, tendo como verdadeiro superprincípio a dignidade humana. Uma vez que tais direitos humanos sejam violados, qualquer cidadão do mundo pode reivindicá-los indistintamente e em quaisquer condições (MAZZUOLI, 2011; PIOZEVAN, 2013).

Os direitos fundamentais são a expressão de proteção constitucional dos direitos dos cidadãos. São direitos garantidos e limitados, vigentes numa ordem jurídica concreta. São elementos básicos para a realização do princípio democrático. Para que hajam os direitos fundamentais há necessidade de que os direitos sociais, valores éticos, morais e políticos sejam reconhecidos e respeitados. Esses direitos devem constar em todos os textos constitucionais, nos planos nacionais e internacionais (MAZZUOLI, 2011; PIOZEVAN, 2013).

No conteúdo ínsito ao termo *fundamentais* há indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive. Assim, estes direitos são considerados fundamentais visto que, sem eles a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar integralmente da vida. Desse modo, os direitos fundamentais asseguram uma vida digna, na qual a pessoa dispõe de condições adequadas de existência, podendo assim, participar ativamente da vida e da comunidade (SILVA, 2007; MAZZUOLI, 2011; RAMOS, 2013).

Frequentemente os termos direitos humanos e direitos fundamentais são utilizados como sinônimos. Embora empenham-se na busca dos mesmos direitos, ainda que representados por entes coletivos, estas expressões apresentam significados diferentes. Enquanto os direitos fundamentais são aplicados para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados nas Constituições dos Estados, os direitos humanos, são

reconhecidos internacionalmente, por tratar de posições jurídicas que resguardam o ser humano pelo simples fato de o ser humano, independentemente de sua vinculação a determinado Estado e/ou ordem constitucional. Portanto visam à validade universal, para todos os povos, e tempos. Sendo assim, embora os termos reportem a esferas de posituação diferentes, ambos não se excluem, mas se completam, pois, não há como deixar de falar das duas proteções, interna e internacional (SARLET, 2012).

A Constituição brasileira de 1988 utilizou as expressões direitos fundamentais e direitos humanos com completa precisão técnica. Deveras, quando o texto constitucional brasileiro quer fazer referência, mais particularmente, aos direitos nele previstos, utiliza-se da expressão “direitos fundamentais” como faz no artigo 5º, § 1º, “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Quando o mesmo texto constitucional se refere às normas internacionais de proteção da pessoa humana, faz referência à expressão “direitos humanos”, tal como no § 3º do mesmo artigo 5º, “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”. Neste contexto o que realmente importa é admitir a interação desses direitos, a fim que de todas as pessoas pertencentes ou não ao Estado onde se encontrem, estejam efetivamente protegidas (BRASIL, 1988; MAZZUOLI, 2011).

4.2 Classificação dos Direitos Humanos

Os direitos humanos e os direitos adquiridos pela humanidade, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, e nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em favor de novas liberdades, *versus* velhos poderes, e de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. Os direitos humanos comumente são divididos em três gerações, dimensões ou categorias, com base no passar dos momentos históricos que inspiraram sua criação. Isso quer dizer que o direito é fruto das contingências do momento histórico e apareceu com o resultado do processo das interações entre os diversos atores sociais. Por isso, as categorias ou dimensões desses direitos representam tanto a necessidade como o estágio de maturidade coletiva desses momentos históricos. Sob essa perspectiva, alguns autores defendem a existência de até a sexta geração de direitos (BOBBIO, 2004; MAZZUOLI, 2011).

A utilização da expressão *geração* dos direitos humanos vem recebendo críticas, pois pode causar a falsa impressão da substituição gradativa de uma geração pela outra, razão pela qual há quem prefira o termo *dimensões*. Porém, como se sabe não é o que ocorre, pois, a história demonstra que à primeira geração agregou-se a uma segunda e posteriormente uma terceira, e assim sucessivamente sem que as primeiras deixassem de existir (SARLET, 2012; FREITAS, 2013).

Seja como for, em relação ao conteúdo desses direitos a doutrina não se diverge, pois são os mesmos conteúdos. Entretanto, neste estudo iremos utilizar a palavra dimensões, e trabalharemos com as três dimensões dos direitos humanos que serão esquematizados a seguir.

A primeira dimensão dos direitos humanos surgiu historicamente no século XVIII na Europa e Estados Unidos; têm como marco as *revoluções liberais* desse século, de caráter individualista, surgindo e afirmando-se como direitos dos indivíduos contra o Estado. Engloba os chamados direitos à vida, a liberdade individual, os direitos civis e políticos, igualdade perante a lei, propriedade, intimidade e segurança. Em seguida foram contemplados por um leque de liberdades, incluindo assim as liberdades coletivas. Essa primeira geração de direitos traduz o valor da liberdade, sendo estes os primeiros a constarem dos textos normativos constitucionais, que em grande parte correspondem, sob o ponto de vista histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo ocidental (MAZZUOLI, 2011; SARLET, 2012; PIOZEVAN, 2013; RAMOS, 2013).

Os direitos de segunda dimensão surgiram em decorrência do processo de industrialização e dos graves problemas sociais e econômicos que a acompanharam. Em meados do século XIX houve movimentos reivindicatórios e o reconhecimento progressivo de direitos, concedido ao Estado a atuação ativa na realização da justiça social. Entretanto foi no século XX no pós-guerra, que esses novos direitos foram consagrados em inúmeras Constituições, além de serem objeto de diversos pactos internacionais. Cabe ressaltar que, assim como os direitos de primeira dimensão os direitos sociais também são titularizados pelo indivíduo contra o Estado (SARLET, 2012; RAMOS, 2013).

A saber, os direitos de segunda dimensão são os chamados *direitos sociais, econômicos e culturais*, como direito à saúde, educação, previdência social, habitação, entre outros, que necessitam de prestações positivas do Estado para sua efetivação. São denominados direitos de igualdade, pois garantem assim, às camadas mais vulneráveis da sociedade, o cumprimento da liberdade reconhecida nas primeiras declarações de direitos. Há

também as *liberdades sociais*, que se tem como exemplo a liberdade de sindicalização, o direito de greve, reconhecimento dos direitos fundamentais dos trabalhadores como direitos a férias, repouso remunerado, salário mínimo, etc. Assim como os direitos de primeira dimensão, os direitos da segunda também se reportam à pessoa individualmente (MAZZUOLI, 2011; SARLET, 2012; RAMOS 2013).

A terceira dimensão dos direitos humanos foi o resultado de novas reivindicações fundamentais do ser humano, geradas, dentre outros fatores, pelo impacto tecnológico, pelo processo de descolonização do segundo pós-guerra e suas dilacerantes consequências, resultando em intensos reflexos na esfera dos direitos humanos. Além disso, são frutos da descoberta do homem vinculado ao planeta Terra, com recursos finitos, divisão desigual de riquezas, e ameaças à sobrevivência da espécie humana. Esses direitos destinam-se à proteção de grupos de humanos como famílias, povos e nações, e caracterizam-se como direitos de cunho coletivo ou difuso. Estes, tem sua implicação universal e exigem esforços e responsabilidades em proporção até mesmo mundial para sua efetivação (SARLET, 2012; RAMOS 2013).

Por fim, os direitos de terceira dimensão são aqueles representativos da comunidade, como o direito ao desenvolvimento, à paz, à autodeterminação dos povos, ao meio ambiente equilibrado e qualidade de vida, bem como o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito à comunicação. São também denominados *direitos de fraternidade*, e traduzem o valor da solidariedade (SARLET, 2012; PIOZEVAN, 2013; RAMOS, 2013).

4.3 Direitos Humanos e a Pessoa com Transtorno Mental

O direito fundamental à saúde, acompanhado de vários outros direitos fundamentais, estão previstos na Constituição de 1988 e certamente pode ser apontado como um dos principais avanços na área dos direitos humanos. A saúde, além de objeto desse direito, também se configura como dever fundamental e universal dotado de aplicabilidade imediata (BRASIL, 1988; SARLET; FIGUEIREDO, 2013).

De acordo com o texto constitucional e os princípios e normas que formam o arcabouço jurídico-constitucional e infraconstitucional, bem como os tratados e convenções internacionais sobre Direitos Humanos, 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 (LENZA, 2015).

Hodiernamente o poder público fica cada vez mais obrigado a promover concretamente aquilo que está dentro de suas atribuições. Conseqüentemente, a previsão, ainda que programática, de que a República Federativa do Brasil tem como um de seus objetivos fundamentais reduzir as desigualdades sociais e regionais, veemente repulsa a qualquer tipo de discriminação, a universalidade da seguridade social, a garantia do direito à saúde, a educação baseada em princípios democráticos e de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, enfim a preocupação com a justiça social como objetivo das ordens econômica e social constituem reais promessas de busca da igualdade material (SILVA, 2007).

O Brasil tem assumido compromissos internacionais de direitos humanos, após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que resolve sobre a proteção e direitos da pessoa com transtorno mental e propõe mudanças ao modelo assistencial (BRASIL, 2001). Os objetivos essenciais da legislação em saúde mental são proteger, promover e melhorar a qualidade de vida e bem-estar social dos cidadãos. Para que ocorra a garantia de respeito e proteção dos seus direitos, é indispensável a atuação do Estado na implantação de serviços de saúde que garantam esses direitos, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012a).

A evolução dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental foi complexa e caracterizada pela intolerância com a diferença. Essas eram incluídas como seres humanos em todos os tratados e declarações internacionais de proteção dos direitos humanos, e mesmo assim sofriam violações desses direitos. Essas violações ocorriam comumente em todo o mundo, tanto dentro como fora de instituições, na comunidade e no ambiente familiar. Em resposta a essas violações, foram celebrados instrumentos específicos reafirmando os direitos humanos desse grupo vulnerável da população (OMS, 2005; VENTURA, 2011).

No entanto a existência desses acordos e tratados internacionais por si só não representam mudanças para ninguém. São apenas ideais a serem atingidos, se houver vontade política. Porém enquanto conjunto de crenças sobre a dignidade do ser humano, representam enorme avanço simbólico. Entre as possibilidades de melhorar a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental, e de ampliar seus direitos, uma maneira valiosa é o oferecimento de boas políticas, bons planos, bons programas que resultem em melhores serviços e melhores atendimentos. Tal apoio fundamental acontece através de uma boa legislação, essencial para

proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social do cidadão, se isso claro, for inserido na prática (OMS, 2005).

Em 2005, o Brasil empregou 2,34% do orçamento federal para ações saúde mental, e em 2011 esse percentual foi de 2,51%. Com as normas de desinstitucionalização, a proporção de gastos com internações psiquiátrica foi reduzindo, enquanto em 2005 o gasto foi de 51% do orçamento da saúde mental em serviços de atenção comunitária, em 2011 esses gastos chegaram a 71,2%. O Brasil investe aproximadamente 8,4% do produto interno bruto (PIB) em saúde, considerando fontes públicas e privadas. Em 2006 o Ministério da Saúde disponibilizou 890 milhões de reais para saúde mental, em média 2% do orçamento total da saúde, ou seja, não mais que 5 reais per capita ao ano (MATEUS, 2013).

É inegável a necessidade de aumentar investimentos em saúde mental, porém ainda não há um consenso de quanto investir. Por mais que os países invistam em saúde mental, em âmbito mundial o custo dos tratamentos vem aumentando espontaneamente, e o orçamento que já é continua sendo insuficiente, pelo simples fato também do aumento da expectativa de vida, que contribuiu para um maior quantitativo de pessoas acometidas por transtorno mental e o alto custo dos tratamentos. Na situação em que a oferta de recursos é incompatível com a demanda, é necessário realizar uma escolha racional e eficiente de como utilizar os recursos independente do orçamento disponível (MATEUS, 2013).

Por fim, intensificam-se as indagações sobre a primordialidade de realização de pesquisas que gerem publicações científicas e que possam cooperar com a elaboração, manutenção e divulgação tanto de políticas públicas para o investimento de recursos em saúde mental, quanto para o amparo dos direitos da pessoa com transtorno mental, especialmente com base na constatação de que estes direitos nem sempre são atendidos ou se quer existem.

4.4 Transtorno Mental

O transtorno mental pode ser entendido como uma condição do indivíduo cujas as manifestações são previamente sinais ou sintomas de natureza psicológica. É caracterizado por perturbação significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento que incide uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental. Embora as causas sejam desconhecidas, os transtornos mentais estão associados a sofrimento ou incapacidade que afetam atividades pessoais,

sociais, profissionais ou outras importantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A manifestação dos transtornos mentais pode ocorrer de maneira aguda, crônica ou intermitente. Estas, podem ser precedidas por dificuldades de ordem pessoal, social e educacional, anterior aos sintomas definitivos da doença se tornarem evidentes. Os transtornos mentais graves comumente surgem na adolescência ou na vida adulta, muitas vezes se manifestam como uma alteração súbita, aguda e incapacitante do comportamento normal. Já os menos graves, como transtornos emocionais e alteração do comportamento, são mais frequentes nas pessoas jovens, no entanto podem manifestar-se em qualquer idade (COBB; MITTLER, 2005).

Alguns transtornos mentais graves são frequentemente e comumente considerados incapacitantes, uma vez que interferem na capacidade das pessoas de gerirem suas próprias vidas, diminui sua produtividade e em alguns momentos pode ser difícil seu convívio com os outros. Estudos mostram que a incidência média anual dos transtornos mentais incapacitantes no Brasil entre 2008 e 2011 foi de 9,3%, apontando os transtornos mentais e comportamentais como a terceira principal causa da concessão dos beneficiários de auxílio-doença. O impacto anual médio foi de 186 milhões de reais para previdência social. Entre 2008 e 2010 os transtornos do humor foram os mais frequentes relacionados ao motivo de auxílio-reabilitação (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014).

Durante tempos as internações prolongadas foram a única forma de tratamento para às pessoas com transtorno mental, elas permaneciam por longos períodos internadas em hospitais psiquiátricos; durante décadas e/ou até sua morte. Com a evolução ao longo dos anos das políticas de saúde mental após a reforma psiquiátrica, o quadro se modificou, e a desinstitucionalização total é um objetivo a se alcançar. Dessa maneira outros tipos de tratamento foram desenvolvidos e a proposta na teoria é que, as internações hospitalares só sejam indicadas quando os serviços comunitários não forem suficientes para atender a demanda populacional quanti e qualitativamente (BRASIL, 2001).

Para tratamento eficaz das doenças mentais, é necessário a união de formas terapêuticas como: farmacoterapia: que usa substâncias que interferem no funcionamento psíquico, aliviando os sintomas dos transtornos mentais ou promovendo alterações na percepção e no pensamento; a psicoterapia: que utiliza a linguagem verbal ou não verbal, auxiliando o indivíduo a solucionar seus problemas e a reabilitação psicossocial: considerada um processo

de melhoria da competência individual e a inserção de mudanças para se conseguir uma melhor qualidade de vida em meio a sociedade (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

Além dessas, a eletroconvulsoterapia (ECT) que na época de Pinel era conhecida como eletrochoque e usada também como forma de punir os pacientes, séculos depois é utilizada como método de tratamento para as formas mais graves de doença mental, como em casos de depressão, quadros de mania refrataria e esquizofrenia. A ECT consiste na indução proposital e controlada de crises convulsivas generalizadas, com finalidade terapêutica e tem sido utilizada com segurança e eficácia comprovadas (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Dentre as principais modalidades de transtorno mental, destacam-se: os transtornos mentais e do comportamento; transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos; transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes; transtornos do humor (afetivos); transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes; síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos; transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência e transtorno mental não-especificado (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Em meio a todas as doenças, os transtornos mentais são os que mais causam carga de incapacidade temporária ou permanente no funcionamento comum do indivíduo, afetando seu desempenho interpessoal, social e no trabalho. Quando o início desses transtornos ocorre na juventude gera um impacto na qualificação escolar, o que pode gerar a interrupção dos estudos precocemente, dificultando a inserção dessas pessoas futuramente tanto no convívio social, quanto no mercado de trabalho (MATEUS, 2013).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental, com abordagem qualitativa com a utilização de dados secundários. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro 2015 a fevereiro de 2016.

A pesquisa descritiva, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sobre dados da realidade presente, sem manipulá-los, traçando com a maior precisão possível, a sua frequência, relação e conexão com outros, sua natureza e suas características (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Uma de suas formas é a pesquisa documental, que além de se apresentarem disponíveis, também podem ser considerados como fonte de dados estáveis, podendo ser reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa. Ela explora fontes documentais, que podem ser de primeira ou segunda mão. As fontes documentais de primeira mão são aquelas que ainda não receberam qualquer tratamento analítico, enquanto, os documentos de segunda mão, de alguma forma já foram analisados (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007; GIL, 2008).

O conceito de documento é bastante amplo, podendo ser qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento. A modalidade mais comum é a constituída por um texto escrito em papel, mas está se tornando cada vez mais frequente os documentos eletrônicos, disponíveis sobre diversos formatos (GIL, 2010).

Considerando o fato de o tema abordado na pesquisa ter sido ainda pouco explorado, no âmbito da elaboração de investigações científicas, este trabalho é exploratório, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

Dessa forma, será realizado um levantamento documental para investigar o enfoque atribuído das legislações federais no contexto nacional dado à pessoa com transtorno mental e a sua influência no exercício da enfermagem.

5.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em meio eletrônico, utilizando-se de legislações brasileiras disponíveis nos sites da Presidência da República Federativa do Brasil (Planalto), do Ministério da Saúde (Saúde Legis) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), referente a documentos oficiais relacionados à pessoa com transtorno mental. Optou-se por essas bases de dados, pois elas reúnem os instrumentos nacionais que tratam da legislação federal geral e específica que podem influenciar a garantia de direitos humanos da pessoa com transtorno mental, bem como o exercício profissional da enfermagem frente aos mesmos.

5.3 Amostra

De acordo com o artigo 59, da Constituição da República Federativa do Brasil, o processo legislativo compreende os seguintes instrumentos jurídicos: I- emendas à Constituição; II- leis complementares; III- leis ordinárias; IV- leis delegadas; V- medidas provisórias; VI- decretos legislativos e VII- resoluções.

Além desses, serão utilizados outros instrumentos jurídicos adotados pelo Planalto, Saúde Legis e pelo COFEN, tais como: decreto de lei, decreto do executivo, normas técnicas, decisões, pareceres, pareceres normativos, regulamentações e portarias.

Os critérios de inclusão foram: conjunto total das legislações nacionais que tratam da pessoa com transtorno mental; em vigência, durante o período da realização da pesquisa, independentemente da data de publicação. Não foi delimitado período, pois para a relevância da pesquisa foi necessário incluir o que estava em vigor durante o período da coleta de dados. Os critérios de exclusão: legislações revogadas, repetidas, as não disponíveis na íntegra e as que não estavam relacionadas à pessoa com transtorno mental.

5.4 Instrumento de Coleta de Dados

Foi adaptado um formulário como instrumento (APÊNDICE A) de coleta de dados, com base na literatura e experiência dos pesquisadores. Foram realizadas três coletas de dados para ajustar esse instrumento, que contém as seguintes variáveis: Parte I: Referente ao Pesquisador: 1.a) Data da coleta; 1.b) Número sequencial dos documentos. Parte II: Identificação dos documentos: 2.a) Nome e/ou número (sigla) do documento; 2.b) Data da publicação; 2.c) Fonte da pesquisa (Planalto, Ministério da Saúde e COFEN); 2.d) Tipo de documento (Emendas Constitucionais, leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas,

medidas provisórias, decretos legislativos, resoluções, decreto de lei, decreto do executivo, normas técnicas, decisões, pareceres, pareceres normativos, regulamentações e portarias). Parte III: Conteúdo relativo ao transtorno mental: 3.a) Relacionado ao transtorno mental; 3.b) Definição de transtorno mental; 3.c) Áreas contempladas (da saúde, da previdência social, da assistência social, da educação, da cultura, do desporto, da família, do adolescente, do jovem e do idoso, atendimento preferencial, acesso à justiça, do trabalho, transporte, da dignidade humana, outros e não se aplica); 3.d) Disposição das áreas contempladas (Preâmbulo e objetivos); 3.e) Disposições do artigo(s), parágrafo(s), inciso(s), alínea (s): (artigo, parágrafo, inciso, alínea); 3.f) Enfoque ou resumo dos dispositivos. A coleta de dados realizou-se no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Para executar a busca documental foram utilizados 15 descritores em Ciência da Saúde (DeCS): saúde mental, psiquiatria, transtornos mentais, drogas ilícitas, usuários de drogas, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso de substâncias, cocaína, crack, serviços de saúde mental, transtornos de ansiedade, transtornos da alimentação, suicídio e a palavra-chave: psicossocial.

5.5 Procedimentos Éticos

O projeto envolveu fontes secundárias de informações de domínio público. Nesse sentido, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde CNS/MS, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispõe sobre a obrigação por parte do(a) pesquisador(a) responsável pelo atendimento dos termos da citada resolução, nas condicionantes previstas, visando asseverar direitos e deveres relativos aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. As pesquisas que não envolvem direta ou indiretamente, individual ou coletivamente o ser humano, no todo ou em partes, como no caso da consulta às legislações publicadas em sites institucionais, de domínio público, não estão descritas como objeto da citada resolução.

5.6 Forma de Análise dos Resultados

“As formas de tratamento de dados qualitativos podem ser três: descrição, análise e interpretação; não se excluem mutuamente” (MINAYO, 2013, p. 80-81). A legislação será examinada por meio da análise de conteúdo e do detalhamento da legislação.

A análise de conteúdo é uma das diferentes possibilidades analíticas, e de modo geral, designa-se sob o termo de *análise de conteúdo* (BARDIN, 2011). Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Essa análise foi escolhida por reunir características, que atendam ao seu objetivo: trabalha com mensagens (comunicação); a análise categórica temática é uma das técnicas da análise de conteúdo; o objetivo é a manipulação de mensagens para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática é eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 2011).

Os dados da parte II e III foram transferidos para uma planilha do *excel*, utilizando a dupla digitação como forma de validação do banco de dados, a fim de corrigir erros. Os dados que compõem a parte III do instrumento, composta por questões abertas sobre o conteúdo das legislações, foram submetidos à *Análise de Conteúdo Categórica Temática* (BARDIN, 2011).

Com o propósito de compreender como é tratada a pessoa com transtorno mental, e a influência de seus direitos no exercício profissional da enfermagem, os resultados foram discutidos amparados, especialmente na Declaração Universal de Direitos Humanos e nos direitos fundamentais presentes na legislação brasileira, descrevendo e comparando suas semelhanças e diferenças, adotando-se o debate sobre as dimensões de direitos humanos, direitos fundamentais e saúde mental.

Desse modo, pretende-se colaborar com a discussão sobre a abrangência e efetividade da legislação em saúde mental, e também tratar da ampliação dos programas, atualização e formulação de novas políticas, de legislações de saúde mental e do exercício profissional da enfermagem frente a essa legislação, visando avanços e perspectivas futuras dos direitos da pessoa com transtorno mental.

5.7 Organização dos Resultados

Os resultados foram organizados conforme a *análise de conteúdo*, que implica as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados obtidos: inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Primeira Etapa: a pré-análise: é a fase de organização do conteúdo, fase de pré-exploração do material, de leituras flutuantes que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar, em conhecer o texto permitindo-se invadir por impressões e orientações. Organiza de maneira não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Nessa fase existe uma interação expressiva do pesquisador com o material de análise. Essas leituras iniciais promovem uma visão *descolada*, a qual permite ao pesquisador conseguir imaginar mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios.

Segunda Etapa: exploração do material ou codificação: essa fase consiste em transformar os dados brutos sistematicamente e agrega-los em unidades, as quais permitem uma descrição certa das características relacionadas ao conteúdo do texto. São operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, pode ser aplicada manualmente ou a partir de operações efetuadas por computador.

Terceira Etapa: tratamento dos resultados obtidos: inferência e interpretação: nesta etapa os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Busca-se colocar em destaque as informações fornecidas pela análise, por meio de quantificação simples (frequência) ou complexa, como análise fatorial, que permitem demonstrar os resultados através de quadros, figuras e diagramas, o que põem em destaque as informações fornecidas pela análise. O pesquisador tendo à sua disposição resultados importantes e fiéis, pode então apresentar inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou aqueles que tenham relação a outras descobertas inesperadas.

Simultaneamente à análise de conteúdo, ocorreu a realização da técnica de *Análise de Conteúdo Categorical Temática* que contempla a análise por categorias. Ela atua por operações de desmembramento do texto em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Dentre as possibilidades de categorização, a análise temática, é rápida, eficaz e simples. Para sua realização é necessário a execução de alguns procedimentos como: 1) leitura flutuante, intuitiva, que acarreta na leitura completa dos textos a serem analisados, de maneira que o pesquisador se deixe impressionar pelo conteúdo, sem a intenção de notar elementos essenciais na leitura; 2) definição de hipóteses sobre o texto analisado: a leitura flutuante possibilita construir hipóteses provisórias, sobre o item e o conteúdo sendo analisado; 3) determinação das unidades de registro: é a escolha do tipo de unidade de registro que o

pesquisador irá escolher no decorrer da análise, sendo que, deverá ser usada apenas uma unidade de registro durante uma mesma análise, de maneira a aceitar a aplicação de regras de quantificação. As unidades de registro podem ser: frases, palavras, temas, parágrafos, objeto, acontecimentos e documento; 4) análise categorial do texto: após a determinação dos temas e da sua quantificação, define-se as dimensões nas quais os temas aparecem, sendo agrupados conforme critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise; 5) apresentação dos resultados: poderão ser apresentados por meio de descrições cursivas, com exemplificações para cada categoria, ou em forma de tabelas, gráficos, ou quadros seguidos de descrições cursivas; 6) discussão dos resultados: as categorias são a reorganização do discurso, representadas pelo pesquisador, se caracteriza como a intenção de representar novamente o objeto de estudo, após um olhar teórico específico (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2008).

6 PROCESSO DE BUSCA DOCUMENTAL

A coleta de documentos apresenta-se como uma importante fase na pesquisa documental, exigindo do pesquisador alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca do local onde se pretende realizar a busca minuciosa das fontes que lhe são relevantes para investigação.

Para realizar a busca documental foram utilizados 15 (quinze) dos descritores em Ciência da Saúde (DeCS) relacionados à pessoa com transtorno mental, e uma palavra-chave que estão representados no Quadro 1.

Quadro 1. Descritores utilizados para a busca documental.

PORTUGUÊS	INGLÊS	ESPAÑHOL
1) Saúde mental	Mental Health	Salud Mental
2) Psiquiatria	Psychiatry	Psiquiatria
3) Transtornos Mentais	Mental Disorders	Trastornos Mentales
4) Drogas ilícitas	Street Drugs	Drogas Ilícitas
5) Usuários de Drogas	Drug Users	Consumidores de Drogas
6) Depressão	Depression	Depresión
7) Transtorno Bipolar	Bipolar Disorder	Trastorno Bipolar
8) Esquizofrenia	Schizophrenia	Esquizofrenia
9) Transtornos relacionados ao uso de Substâncias	Substance-Related Disorders	Trastornos Relacionados con Sustancias
10) Crack/ Cocaína Crack	Crack Cocaine	Cocaína Crack
11) Serviço de saúde Mental/ Psicossocial	Mental Health Services	Servicios de Salud Mental
12) Transtorno de ansiedade	Anxiety Disorders	Trastornos de Ansiedad

13) Transtorno de alimentação	Feeding and Eating Disorders	Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos
14) Suicídio	Suicide	Suicidio
15) Cocaína	Cocaína	Cocaína
16) Psicossocial	Psychosocial	Psicossocial

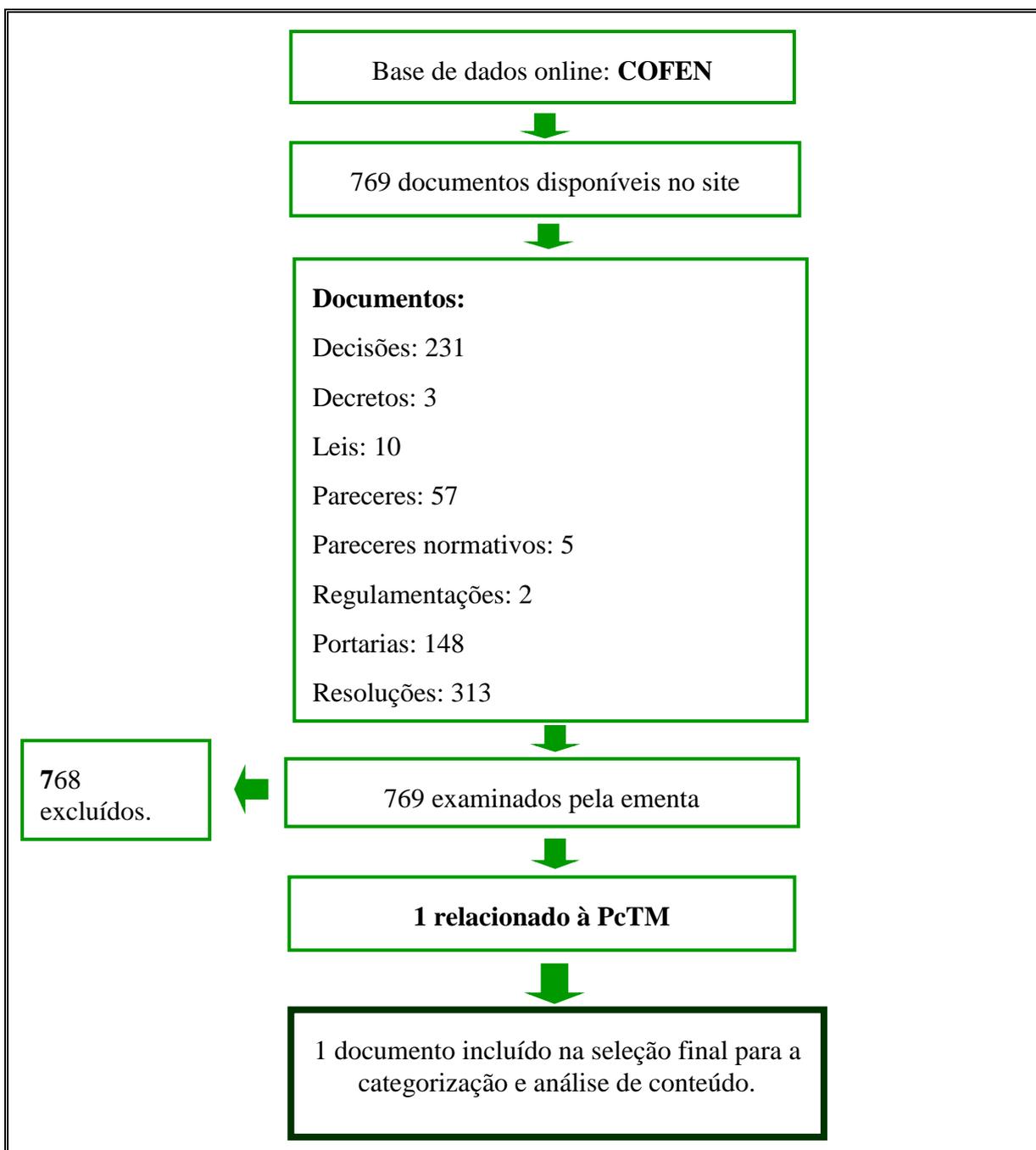
O primeiro momento da pesquisa constituiu-se do levantamento documental nas bases de dados analisando a ementa/título, e preenchendo o instrumento de coleta de dados. Uma sequência de ações de como foi realizada a busca documental em cada base de dados será descrita a seguir.

6.1 Processo de busca documental na base de dados – COFEN

O início se deu na base de dados do COFEN. O site disponibiliza em sua página todos os documentos para realização da pesquisa. Assim, foi realizada a busca pelos instrumentos jurídicos que estão disponíveis, bem como a utilização dos descritores conforme quadro 1. O conjunto de normas analisadas pela ementa/títulos, totalizou-se em 769 documentos, dos quais: 656 não estavam relacionados à pessoa com transtorno mental, 99 estavam revogados e 16 repetidos. Apenas um documento foi relacionado à pessoa com transtorno mental. Quanto à busca através dos descritores não se obteve resultado. Esse processo de busca está resumido na figura 1⁴.

⁴ Para melhor apresentação da tabela, ela foi inserida na página seguinte, para não desconfigurar o que se pretende apresentar.

Figura 1 - Panorama do processo de busca documental - COFEN

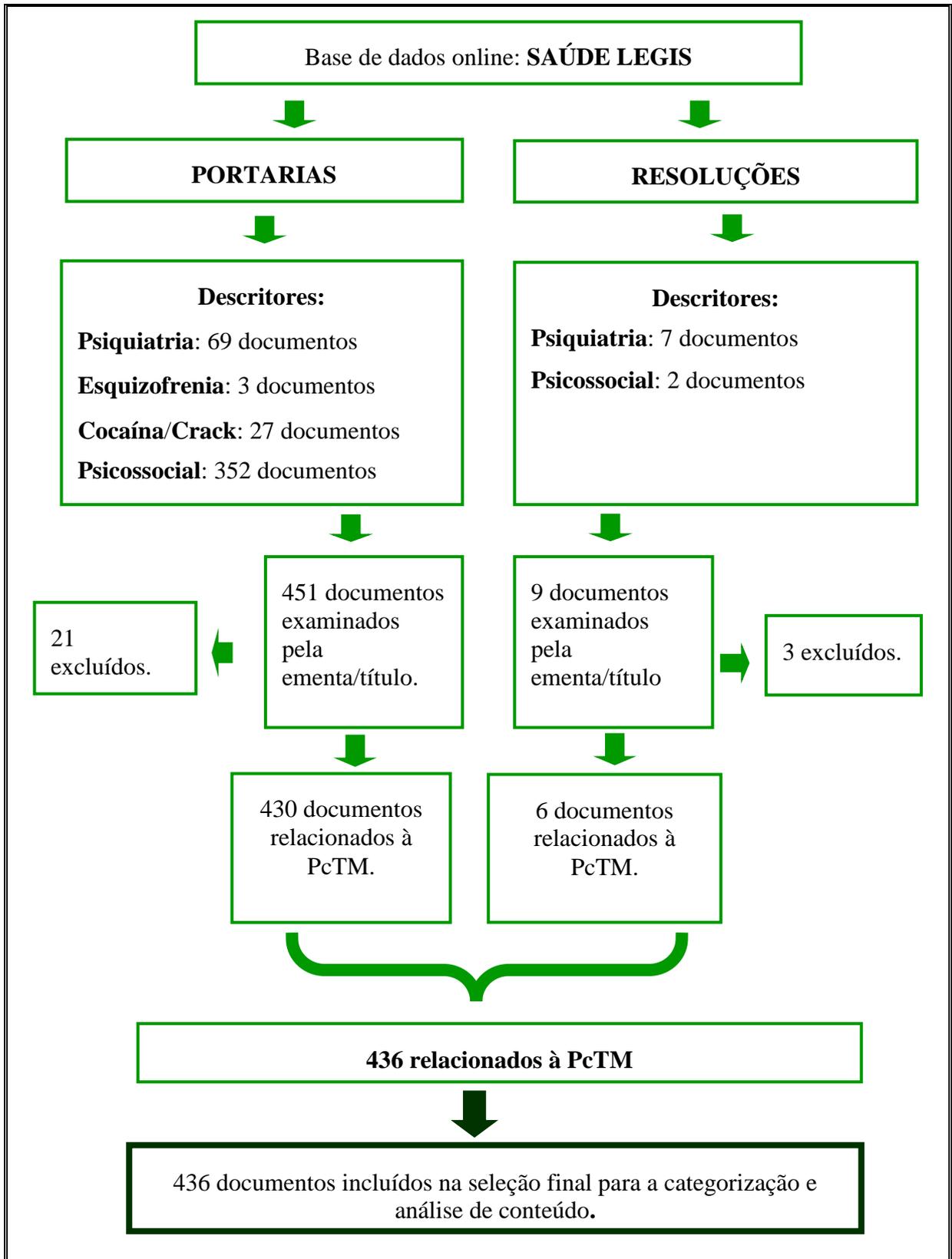


6.2 Processo de busca documental na base de dados – Saúde Legis.

O banco de dados do Saúde Legis, oferece as opções de busca por: tipo de busca, tipo de norma, data de publicação, origem, fonte, situação e assunto. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes normas: portarias; resoluções e normas técnicas. Durante o processo de

busca a situação das legislações se encontrava sempre selecionada como *vigente*. A trajetória da busca documental com os descritores que obtiveram resultados, se resume na Figura 2.

Figura 2 - Panorama do processo de busca documental - Saúde Legis.



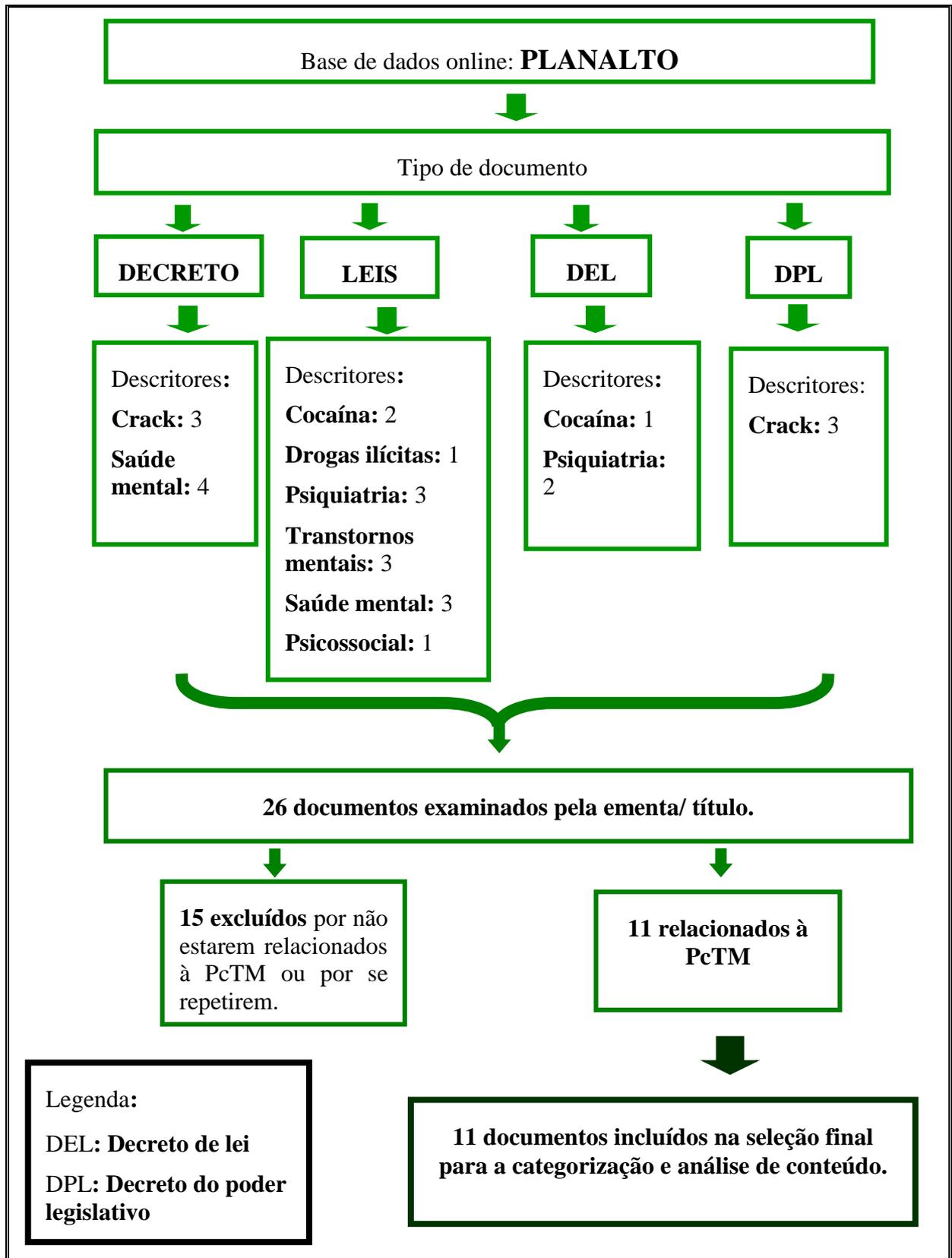
6.3 Processo de busca documental na base de dados – Planalto

O terceiro momento da busca documental se deu no banco de dados do Planalto, utilizando a opção: busca avançada. Os termos utilizados foram os descritores conforme o quadro 1, com a utilização da opção: *termos exatos e semelhantes*. Este banco de dados tem a opção de selecionar diversas opções para realizar a busca documental, dentre elas: *tipo de ato*, que durante a pesquisa manteve-se selecionado: *todos*; e a situação da legislação que permaneceu: *não consta revogação expressa*. As demais opções não foram selecionadas, e/ou permaneceram selecionados: *todos*.

A figura 3 mostra o panorama da busca documental com os descritores que obtiveram resultados, separados por tipo de documento.⁵

⁵ Para melhor apresentação da tabela, de forma a não desconfigurar o que se quer apresentar, ela foi inserida na página seguinte.

Figura 3 - Panorama do processo de busca documental – Planalto



7 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de dois artigos científicos e estruturados de acordo com as normas das revistas para as quais serão submetidos.

Artigo I: Descrição da legislação federal relacionada à pessoa com transtorno mental sob a ótica dos direitos fundamentais

Artigo II: Legislação Federal voltada às pessoas com transtornos mentais

7.1 Artigo I

Odila Paula Savenhago Schwartz. Mariluci Camargo Ferreira da Silva Cândido. Sebastião Junior Henrique Duarte.

DESCRIÇÃO DA LEGISLAÇÃO FEDERAL RELACIONADA À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

RESUMO

Em todo o mundo milhões de pessoas sofrem de algum tipo de transtorno mental. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da reforma psiquiátrica, tem a premissa de promover a inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade, no entanto muitos são os desafios para a garantia dos direitos humanos a essa parcela da comunidade. Objetivou-se descrever a legislação federal brasileira relacionada à pessoa com transtorno mental sob a ótica dos direitos fundamentais. Método: Pesquisa descritiva, documental, com abordagem qualitativa. Realizada em meio eletrônico, utilizando-se de documentos legais brasileiros disponíveis nos sites da Presidência da República Federativa do Brasil, do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem, referente a documentos que versam a respeito da pessoa com transtorno mental. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, utilizando um formulário adaptado como instrumento. Estabeleceu-se como critérios de inclusão legislações nacionais vigentes relacionadas à pessoa com transtorno mental. Excluíram-se legislações revogadas e as repetidas. Resultados: localizaram-se 451 documentos, desses 5 leis, 6 decretos, 434 portarias e 6 resoluções. Após a reforma psiquiátrica, a se contar da Lei nº 10.216/2001, houve um avanço de legislações que regulamentam a expansão de uma rede extra-hospitalar em saúde mental, cumprindo assim com os propósitos da reforma. No entanto poucos foram os aumentos em relação a formulação de legislações que tratam dos direitos fundamentais do cidadão com transtorno mental. Dessa maneira, se faz importante a realização de mais estudos que instiguem, influenciem, despertem e divulguem os direitos da pessoa com transtorno mental e porque não, formule novos direitos baseados em novas pesquisas.

Palavras-chaves: Direitos humanos. Doença mental. Legislação.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais afetam mais de 650 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerado um grave problema de saúde pública. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) esse problema de saúde é responsável por uma grande parte de mortalidade e incapacidade respondendo por cerca de 8,8% e 16,6% da carga mundial de doenças (OMS, 2010a). Presume-se que até o ano 2030 a depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de média renda. A ocorrência de doenças mentais no Brasil, atinge aproximadamente 12% da população (OMS, 2010b; BRASIL, 2012a; WHO, 2013).

A luta para consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil na década 1980, retrata um marco histórico para o país, simbolizando o início da mudança do modelo manicomial. A reforma está embasada na busca da garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, e tem como finalidade a desinstitucionalização com conseguinte desconstrução dos manicômios e dos paradigmas que os sustentaram. A reinserção social é considerada uma estratégia global, que sugere o envolvimento da pessoa, da família, profissionais de saúde mental, gestores e comunidade (BRASIL, 2005; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

Os arranjos legais criados e implantados durante a consolidação da reforma psiquiátrica passaram a ser editados, e são considerados como foco os direitos humanos, civis, políticos e sociais voltados a pessoa com transtorno mental. Pode-se afirmar que as leis, a partir do século XXI, procuram desconstruir o modelo asilar e trazer alternativas para o cenário de enclausuramento arbitrário, maus-tratos, falta de higiene, abandono familiar, defraudação dos direitos civis, torturas, dentre outros sofrimentos que essas pessoas eram submetidas (BRASIL, 2001; CALDAS; NOBRE, 2012; CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014).

O direito fundamental à saúde, acompanhado de vários outros direitos fundamentais estão previstos na Constituição de 1988 e certamente pode ser apontado como um dos principais avanços na área dos direitos humanos. A saúde, além de objeto de direito também se configura como dever fundamental e universal dotado de aplicabilidade imediata. Nessa perspectiva, a Lei nº 10.216, de 06 de abril 2001 foi referência na luta antimanicomial, pois trata da proteção e dos direitos da pessoa com transtorno mental, e reformulou o modelo assistencial em saúde mental. Embora não traga em seu texto a palavra dignidade, ela garante por meio da proteção aos demais direitos que toda pessoa com transtorno mental deverá ser

tratada com humanidade e respeito (BRASIL, 1988; BRASIL, 2001; SARLET; FIGUEIREDO, 2013).

No entanto, apesar das premissas da reforma psiquiátrica, esse novo modelo assistencial ainda vem recebendo críticas decorrentes de denúncias de violências e de outras formas de desrespeito aos direitos humanos destes indivíduos. Que no que lhes concerne estão incluídos em critérios de vulnerabilidade, sujeitos a discriminação e ao estigma, muitas vezes sofrem violência física e sexual, têm seus direitos políticos e civis restritos, além do acesso à saúde e serviços sociais essenciais, situação que justifica a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas com doença mental (OMS, 2010a; BRITO; VENTURA, 2012).

Dessa forma, não há como se falar em direito à saúde mental sem tratar dos direitos humanos (OMS, 2008). A saúde mental deve ser um direito do ser humano, sendo fundamental para a sua dignidade, e o seu conhecimento e a sua discussão pelos profissionais de saúde são imprescindíveis para a materialização e o respeito desses direitos. O enfermeiro tem papel essencial à profissão, respeitando os direitos humanos, incluindo o direito à vida, à saúde, à dignidade e de ser tratado com respeito.

Assim, parte-se do pressuposto de que, para a garantia dos direitos fundamentais à pessoa com transtorno mental, é necessário a criação e implementação de políticas e programas que resultem em melhores serviços e melhores condições de vida. Considera-se que a legislação assegure os direitos às necessidades humanas, além de ser essencial para proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social do cidadão (OMS, 2005).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é caracterizar e descrever a legislação federal relacionada à pessoa com transtorno mental sob a ótica dos direitos humanos fundamentais.

MÉTODOS

Estudo descritivo, documental, exploratório, com abordagem qualitativa e utilização de dados secundários. Ocorreu em meio eletrônico, utilizando-se de legislações federais brasileiras relacionadas à pessoa com transtorno mental, disponíveis nos sites da Presidência da República Federativa do Brasil (Planalto), do Ministério da Saúde (Saúde Legis) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016.

Incluíram-se legislações nacionais relacionadas à pessoa com transtorno mental em vigência. Excluíram-se as legislações revogadas e repetidas. Um formulário adaptado pelos

autores guiou a coleta de dados, contendo as seguintes variáveis: data de publicação, fonte da pesquisa, tipo de documento, conteúdo relativo ao transtorno mental, áreas contempladas, disposição das áreas contempladas, disposições dos artigos, enfoque e resumo dos dispositivos.

Para a busca utilizou-se quinze Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): saúde mental, psiquiatria, transtornos mentais, drogas ilícitas, usuários de drogas, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso de substâncias, cocaína, crack, serviços de saúde mental, transtornos de ansiedade, transtornos da alimentação, suicídio e a palavra-chave: psicossocial.

Para categorização dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Os resultados foram discutidos e amparados na Declaração Universal de Direitos Humanos e nos direitos fundamentais presentes na legislação brasileira.

Essa pesquisa faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Saúde mental, Direitos Humanos e o Exercício da Enfermagem: Instrumentos Legais Brasileiros” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Por se tratar de uma pesquisa que envolveu fontes secundárias de informações de domínio público, houve dispensa do comitê de ética.

RESULTADOS

O total de legislações localizadas e analisadas pela ementa/título foi de 1.262 documentos, sendo que 811 foram excluídos; 16 por se repetirem, 99 por estarem revogados e 696 por não estarem relacionados à pessoa com transtorno mental. As 451 restantes foram selecionadas para categorização final e análise de conteúdo.

Quanto a caracterização constatou-se que: conforme sua à sua origem, a maioria dos documentos provém da base de dados do saúde legis, sendo 97,3%, enquanto 2,4% da base do planalto e 0,22% da base de dados do COFEN, sendo este último percentual representado por um único documento. Em relação ao tipo de norma: as portarias totalizam 96,2%; seguido das resoluções 1,3%; leis ordinárias 1,1%; decretos do poder executivo 0,67%; decretos de leis 0,44% e por fim, decretos do poder legislativo 0,22%.

Verificou-se que a década de 2000 é o período que concentra o maior número de legislações publicadas, totalizando 228 ou 50,5% dos documentos, seguido da década de 2010 com 192 ou 42,6% das publicações. Percebe-se que a prevalência das publicações ocorreu

após a década de 1990, presumivelmente em decorrência da luta e consolidação da reforma psiquiátrica.

Para demonstrar as características dos documentos, os resultados foram dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos documentos

ORIGEM		DENOMINAÇÃO	
COFEN	1	Lei ordinária	5
Ministério da Saúde	439	Decreto do Poder Executivo	3
Presidência da República	11	Decreto de Lei	2
ANO DE PUBLICAÇÃO		Decreto do Poder Legislativo	1
Década de 1920	1	Portaria	434
Década de 1940	3	Resolução	6
Década de 1960	2	2ª DIMENSÃO DE DIREITOS HUMANOS	
Década de 1970	3	Da saúde	421
Década de 1980	3	Da assistência Social	1
Década de 1990	19	Outra	1
Década de 2000	228	Não se aplica	5
Década de 2010	192		

Excluíram-se 23 legislações que não dispunham de texto na íntegra, restando 428 documentos, que a partir da análise de conteúdo emergiram três categorias, apresentadas a seguir:

Legislações direcionadas à atenção à saúde mental de serviços comunitários

Com base na reorganização dos serviços de saúde mental, e com objetivo de atender os propósitos da reforma psiquiátrica, essa categoria reuniu 81% das legislações que estão voltadas no investimento de uma rede de serviços de saúde mental extra-hospitalar, para o atendimento da população acometida por algum tipo de transtorno mental e também aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Sobressaiu as legislações como a Portaria nº 1.454, de 30 de dezembro de 2013: “Art. 1º – Ficam habilitados os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar

procedimentos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013a).

Considerando a necessidade de ampliação da Rede de atenção psicossocial (RAPs), e a necessidade de recursos financeiros para os investimentos dos serviços comunitários como os CAPs, foram encontradas diversas legislações que se encaixam nessa categoria a exemplo da Portaria nº 2.041, de 9 de dezembro de 2015, que: *“Habilita os Municípios a receber recursos para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Acolhimento (UA)” (BRASIL, 2015).*

Legislações direcionadas à atenção à saúde mental de serviços hospitalares

Essa categoria foi composta por 16,1% dos documentos e reuniu legislações como a Portaria nº 361, de 9 de abril de 2013 que habilita leitos de saúde mental em hospitais de referência: *“Art. 1º Ficam habilitados os Serviços Hospitalares de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas relacionados no Anexo a esta Portaria, para realizar os procedimentos específicos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013b).*

Ademais, as legislações tratam sobre recursos financeiros a serem investidos nestes hospitais de referência conforme a Portaria nº 4.066, de 17 de dezembro de 2010: *“art. 1º – Estabelecer recurso anual [...] a serem destinados Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas [...]” (BRASIL, 2010).*

Ressalta-se que os leitos em serviços hospitalares estão ligados a RAPs, e para sua implantação procura-se preferencialmente hospitais gerais de natureza pública ou filantrópica.

Legislação voltada aos direitos da pessoa com transtorno mental

O total de legislações nesta categoria corresponde a 2,8%, nessa proporção a menor parte delas faz menção sobre alguns direitos dos indivíduos com transtorno mental, dentre elas estão: a Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001, que: *“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).*

A Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003: *“Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade*

hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei” (BRASIL, 2003).

E a Lei nº 13.061, de 22 de dezembro de 2014: *“Fica instituído o Dia Nacional dos Direitos Fundamentais da Pessoa com Transtornos Mentais, a ser celebrado, anualmente, no dia 10 de outubro” (BRASIL, 2014a).*

O restante das legislações estão incluídas na proporção desta última categoria, e tem relação com a estruturação dos serviços hospitalares de referência, extra-hospitalares e de desinstitucionalização, para atendimento dos pacientes com transtorno mental e usuários de crack, álcool e outras drogas; e conta com a regulamentação de recursos humanos, apontando o enfermeiro como profissional indispensável na equipe multiprofissional, a exemplo está a Portaria nº 2.840, de 30 de dezembro de 2014: *“Art. 1º Fica criado o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);” [...] “A equipe de Desinstitucionalização [...]; 01 (um) enfermeiro” (BRASIL, 2014b).*

DISCUSSÃO

A declaração universal dos direitos humanos (1948) traz em sua carta que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Todo homem tem direito a vida, a liberdade e que ninguém será submetido a tortura nem a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. No entanto sabe-se que no decorrer da história, as pessoas com transtornos mentais sofreram violações desses direitos, passaram anos por tratamentos em forma de torturas e enclausuramento. No Brasil, um exemplo que representa essas atrocidades, é conhecido como o *holocausto brasileiro* ocorrido no Hospital Colônia em Barbacena, Minas Gerais, onde milhares de brasileiros perderam todos os seus direitos adquiridos como seres humanos quando foram internados nesta instituição, inclusive o de saúde e liberdade; sem contar aqueles que perderam suas vidas (ARBEX, 2013).

A partir de denúncias de maus tratos aos doentes mentais internados nos manicômios de todo país, teve início a reforma psiquiátrica, que foi consolidada em 2001 com a Lei nº 10.216/2001, que teve como objetivo resgatar os direitos dessas pessoas, oferecer tratamento, e devolve-las a sociedade de forma digna. Nesse sentido, o intuito de pesquisar legislações brasileiras relacionadas às pessoas com transtorno mental, foi para averiguar a

mudança da legislação em relação ao tratamento desses indivíduos. Assim, o estudo mostra que luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira foram um *divisor de águas* para o tratamento dos doentes mentais.

Com base na declaração universal dos direitos humanos, e também nas dimensões dos direitos fundamentais, no que concerne os direitos de primeira dimensão o estudo revelou que as legislações estão sendo formuladas nesses princípios. A começar pelos direitos fundamentais de primeira dimensão, com a reforma psiquiátrica o modelo carcerário está sendo deixado para trás e iniciou uma grande transformação na assistência à saúde mental, observou-se que a internação hospitalar e a infraestrutura dos hospitais estão sendo modificadas. Dentre alguns requisitos, são necessários que eles tenham estrutura vertical que possibilite a interação de pequena área livre para atividades; locais com iluminação e ventilação adequadas onde os atendimentos possam ser desenvolvidos com conforto, privacidade, organização e segurança ao paciente quando necessário (BRASIL, 2012b; PIOZEVAN, 2013).

Além da questão física do ambiente, a legislação traz sobre o tempo médio de permanência, oferecendo incentivo financeiro para internações com tempo médio de permanência de 5,5 dias. Outro ponto importante foi em decorrência da internação voluntária, a Lei nº 10.216/2001 traz em seu texto que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, [...] e é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares [...]”. Além disso, visa que o tratamento seja de forma integral, com a finalidade de reinserção dessas pessoas na comunidade, e no ambiente familiar. Dessa maneira atende os direitos de primeira dimensão, ou seja, direitos de liberdade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012b; PIOZEVAN, 2013).

Regulamentada pela Resolução nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) foi instituída para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde. A RAPs é constituída por diversos componentes extra-hospitalares como Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) em suas diversas modalidades; unidades de acolhimento (UA); equipe de consultório de rua, além de assistência hospitalar com objetivo de tratar os casos mais graves de transtornos. Baseado nisso, o estudo mostrou que do total das legislações, 421 ou 98,3% estão relacionadas ao direito à saúde, notoriamente devido à expansão dessa rede de atenção à saúde voltada especificamente para as pessoas com

transtornos mentais. Direito este considerado como um direito social, que está na segunda dimensão dos direitos fundamentais (BRASIL, 2011; PIOZEVAN, 2013).

Dentre a minoria das legislações, identificou-se aquelas que concede alguns direitos aos indivíduos com doença mental, a exemplo, há documento que instituiu o auxílio reabilitação aos egressos de internações de hospitais psiquiátricos que permaneceram internados por mais de dois anos, e que tem direito a um valor mensal pelo prazo de um ano. Além de outros que já reajustaram o valor desse auxílio. Visto isso, entende-se que esse direito adquirido esta apreciado também na segunda dimensão dos direitos fundamentais, como um direito social, contemplado como um direito a assistência social (BRASIL, 2003; PIOZEVAN, 2013).

O art. 5º da Constituição Federal (1988) traz em seu texto além de outras questões que todas as pessoas são iguais perante a lei, sem qualquer distinção e que: “é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer [...]”. Diante do exposto, é notório o progresso das legislações no que diz respeito às pessoas com transtorno mental, com base na reorganização de uma assistência humanizada, tratamento respaldado nos pressupostos da liberdade, igualdade e dignidade.

CONCLUSÃO

O estudo buscou analisar as legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental e com isso identificou que, há um número significativo de documentos no que se refere a habilitação de serviços extra-hospitalares em saúde mental, bem como disponibilização de recursos para investimentos nestes. Outro investimento por parte dos legisladores está na formulação de legislações referentes ao combate de crack, álcool e outras drogas, visto que são fatores predisponentes para o desenvolvimento de transtornos mentais, além do investimento na prevenção do suicídio.

Evidenciou-se que o objeto das legislações publicadas posterior a Lei nº 10.216/2001, se detiveram na desconstrução do modelo asilar e manicomial, habilitando diversos serviços comunitários para atender essa demanda populacional. Assim sendo, apesar dos avanços, desde a consolidação da reforma psiquiátrica, ainda há muito o que se fazer por esse grupo vulnerável da população, no que se refere a novas legislações que lhes ofereçam a garantia de seus direitos fundamentais como cidadãos.

Em relação as legislações que tratam dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, a lei supracitada foi o marco histórico no país, reconhecendo essas pessoas pela primeira vez como cidadão. Dessa maneira, despertou a possibilidade de criação de novas legislações para assegurar os demais direitos fundamentais, o que ficou perceptível com a pesquisa que não são muitos.

Portanto, o estudo denota a necessidade da realização de mais pesquisas que instiguem, influenciem, despertem e divulguem os direitos da pessoa com transtorno mental e porque não, formule novos direitos baseados em novos estudos.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. Reimp. da 1. ed. Lisboa: Editora Edições 70, 2011, 279 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. **Lei nº. 10.216, 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 20 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.066, de 17 de dezembro de 2010**. Estabelece recursos a serem destinados aos Serviços Hospitalares de Referências para Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/23975309/pg-73-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-21-12-2010>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **CARTIHA Direito à saúde mental.** Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 148 de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.454, de 27 de dezembro de 2013.** Habilita Centros de Atenção Psicossocial para realizar os procedimentos específicos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1454_27_12_2013.html>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 361, de 9 de abril de 2013.** Habilita serviços hospitalares de referência. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/portarias-cib/1379-portaria-n-361-de-9-de-abril-de-2013/file.html>>. Acesso em 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.061, de 22 de dezembro de 2014.** Institui o Dia Nacional dos Direitos Fundamentais da Pessoa com Transtornos Mentais. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13061-22-dezembro-2014-779831-publicacaooriginal-145709-pl.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014.** Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.041, de 9 de dezembro de 2015.** Habilita os Municípios a receber recursos para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Acolhimento (UA). Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/106025707/dou-secao-1-10-12-2015-pg-32>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista Direito Sanitário**, v. 13, n. 2, p. 41-63, jul./out. 2012.

CALDAS, A. A.; NOBRE, J. C. A. Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. **Cadernos UniFOA**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 71-83, 2012.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C. A. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legislação da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-60, mar./jun. 2014.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre Saúde mental, direitos humanos e legislação:** cuidar sim, excluir não. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

_____. **Pacto Europeu para a saúde mental e o bem-estar.** Conferência de alto nível da EU, juntos pela saúde mental e pelo bem-estar. Bruxelas, 12-13 de junho de 2008. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_pt.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental Y Desarrollo:** Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como um grupo vulnerable. 2010a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** uma perspectiva global. 2010b. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2016.

PIOVESAN, F. Constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2013. Primeira Parte. Cap. 1. p. 107-186.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. **O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil:** principais aspectos e problemas. Ed. JusPodivm. Salvador, 2013, p. 111-146.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in Mental Health:** evidence for action. 2013. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

7.2 Artigo II

LEGISLAÇÃO FEDERAL VOLTADA ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Odila Paula Savenhago Schwartz¹, Giannine Roberta Marcelino de Souza França¹, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido², Adailson Lopes Moreira³, Ramon Moraes Penha³, Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski⁴, Marco AntonioCandido⁵, Dorisdaia Carvalho de Humerez⁶, Sebastião Junior Henrique Duarte⁷

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: enf.odila@hotmail.com
2. Bacharel em Direito e Enfermagem. Docente permanente. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, campus de Três Lagoas.
3. Docente. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
4. Enfermeira. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS
5. Advogado. Especialização em Direito Público.
6. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica.
7. Enfermeiro. Docente permanente. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMO

Objetivo: verificar a influência da legislação federal voltada à pessoa com transtorno mental no exercício profissional da enfermagem. **Metodologia:** estudo descritivo, documental, exploratório, com abordagem qualitativa. Busca em meio eletrônico, utilizando-se de legislações federais brasileiras relacionadas à pessoa com transtorno mental, independente da data da publicação. Dados organizados pelo método da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: saúde mental em serviços comunitários; saúde mental em serviços hospitalares e implicações ao exercício da enfermagem. **Conclusão:** a verificação da legislação retratou avanços nos direitos humanos, em especial a saúde, mesmo assim há carência de legislação que amplie o propósito de atuação da equipe de enfermagem no campo da saúde mental.

Palavras-chaves: Legislação; Transtornos Mentais; Enfermagem.

ABSTRACT

BRAZIL LEGISLATION ORIENTED TO THE PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

Objective: to verify the influence of federal legislation aimed at the person with mental disorder in the professional practice of nursing. **Methodology:** descriptive, documentary, exploratory study with a qualitative approach. Search electronically, using Brazilian federal legislation related to the person with mental disorder, regardless of the date of publication. Data organized by the Bardin content analysis method. **Results:** three thematic categories emerged: mental health legislation in community services; Legislation on mental health in hospital services and implications for nursing practice. **Conclusion:** the verification of legislation portrayed advances in human rights, especially health, although there is a lack of legislation that broadens the scope of action of the nursing team in the field of mental health.

Keywords: Legislation; Mental Disorders; Nursing.

RESUMEN

LEGISLACIÓN FEDERAL BRASILEÑA ORIENTADA HACIA A LAS PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES

Objetivo: Evaluar la influencia de las leyes federales dirigidos a las personas con trastornos mentales en la práctica de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo, documental, exploratorio, con enfoque cualitativo. Busca en sitios electrónicos, usando las leyes federales brasileñas relacionadas con los pacientes mentales, independientemente de la fecha de publicación. Los datos fueron organizados por el método de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** tres categorías temáticas: la legislación destinada a los servicios comunitarios de salud mental; la legislación a los servicios del hospital de salud mental e implicaciones para la labor de enfermería. **Conclusión:** la verificación de las leyes retrata avances en materia de derechos humanos, en particular la salud, sin embargo, hay una falta de legislación para ampliar el ámbito de acción del personal de enfermería en el campo de la salud mental.

Palabras clave: Legislación; Trastornos mentales; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O crescente acometimento de transtorno mental na população levou os líderes da Organização das Nações Unidas (ONU) incluírem o tópico saúde mental nas metas dos objetivos de desenvolvimento sustentável, estipulando o prazo até 2030 para que os países membros da ONU reduzam a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de ações de prevenção e do tratamento, incluindo a promoção da saúde mental, do bem estar, entre outras metas para assegurar uma vida saudável para todos em todas as idades.⁽¹⁾

A literatura^(2, 3, 4) alerta que até o ano 2030 a depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média. No Brasil, a ocorrência de doenças mentais atinge aproximadamente 12% da população⁽⁵⁾. Portanto, são relevantes estudos que possam contribuir com a reorganização da atenção à saúde mental, bem como com os profissionais que assistem esse grupo populacional.

Nesse sentido, a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011, estrutura a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) e prioriza pessoas com transtorno mental e as com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os componentes da RAPs estão: as equipes de atenção básica para população específica, por exemplo a equipe de consultório de rua; centro de atenção psicossocial e suas diversas modalidades; unidades de acolhimento; enfermaria especializada em hospital geral, entre outros.⁽⁶⁾

Para o atendimento das pessoas acometidas por doenças mentais, é necessário que a RAPs e seus componentes tenham equipes multiprofissionais para efetuar os atendimentos com qualidade e integralidade. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem em saúde mental vem evoluindo consideravelmente no decorrer dos anos.^(7, 8)

O enfermeiro é considerado agente terapêutico, por participar nas relações

interpessoais, promover o cuidado holístico e estabelecer interação em grupo. No entanto, a complexidade do trabalho em saúde mental requer legislações que assegurem além dos direitos da pessoa com transtorno mental, o exercício profissional, visando atender integralmente o paciente, seus fatores sociais e a reinserção sociocultural desses indivíduos.⁽⁷⁾

Objetivou-se verificar a influência da legislação federal voltadas à pessoa com transtorno mental no exercício profissional da enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, documental de abordagem qualitativa. É parte da dissertação de mestrado intitulada “Saúde Mental, Direitos Humanos e o Exercício da Enfermagem: Instrumentos Legais Brasileiros” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Realizada busca em meio eletrônico, da legislação federal brasileira relacionada à pessoa com transtorno mental, disponível nos sites da Presidência da República Federativa do Brasil (Planalto), do Ministério da Saúde (Saúde Legis) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Utilizaram-se quinze Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) para as buscas: saúde mental, psiquiatria, transtornos mentais, drogas ilícitas, usuários de drogas, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso de substâncias, cocaína, cocaína crack, serviços de saúde mental, transtornos de ansiedade, transtornos da alimentação, suicídio e a palavra-chave: psicossocial.

Incluíram-se legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental em vigência. Excluíram-se legislações revogadas e repetidas.

Um formulário elaborado pelos autores guiou a coleta de dados, contendo as seguintes variáveis: data de publicação, fonte da pesquisa, tipo de documento, conteúdo

relativo ao transtorno mental, áreas contempladas, disposição das áreas contempladas, disposições dos artigos, enfoque e resumo dos dispositivos.

Foi utilizada a análise de conteúdo para categorização dos resultados.⁽⁹⁾ Por se tratar de pesquisa com fontes secundárias de domínio público, houve dispensa de apreciação por Comitê de Ética.

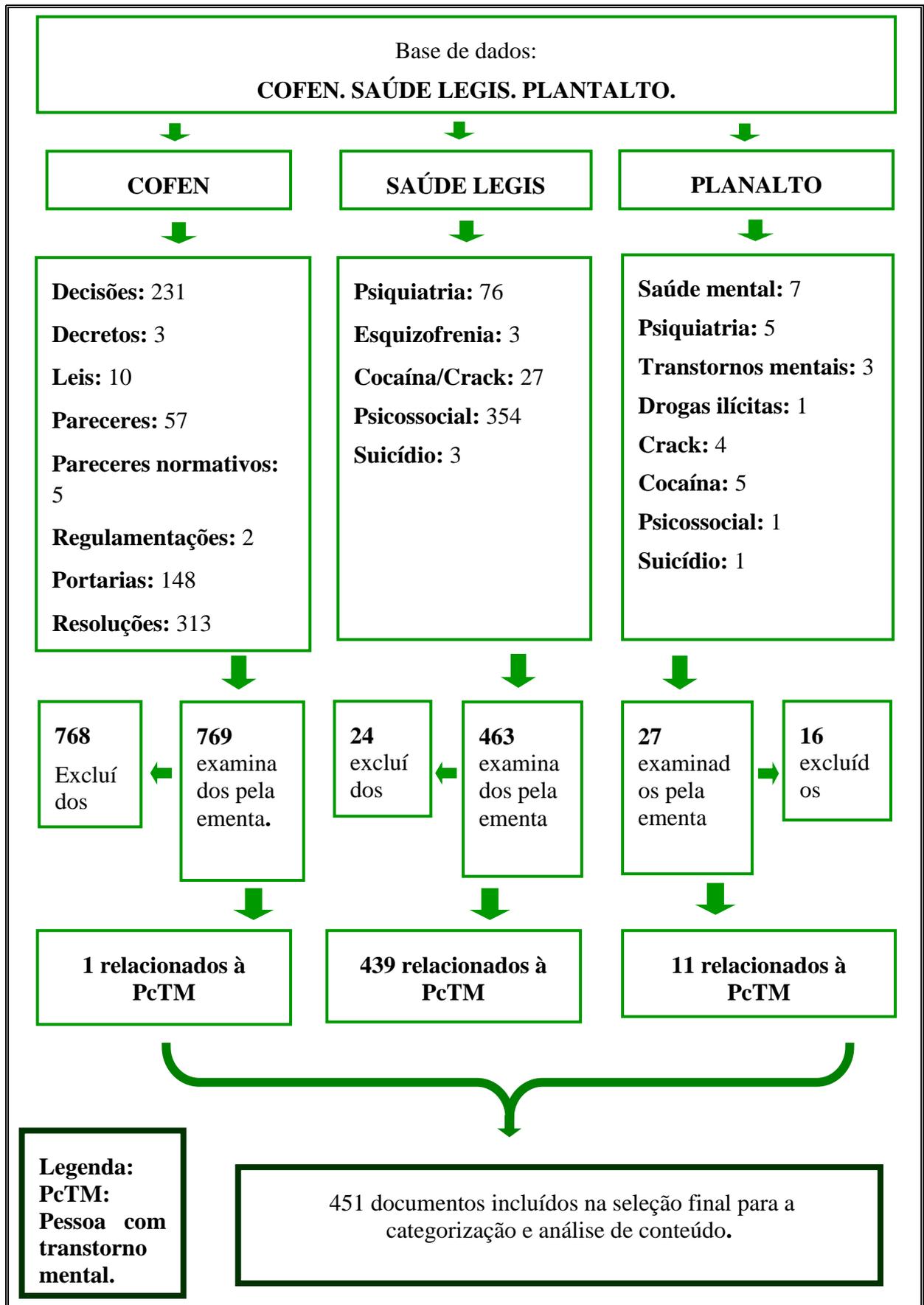
RESULTADOS

Localizaram-se 451 documentos, desses, a maioria versa da reorganização da reforma psiquiátrica.

A figura 1 ilustra o processo geral de busca⁶.

⁶ Para melhor apresentação da tabela, de forma a não desconfigurar o que se quer apresentar, ela foi inserida na página seguinte.

Figura 1 - Panorama geral do processo de busca documental



Excluíram-se 23 normativas que não dispunham de texto na íntegra, restando 428 documentos e, desses foram construídas três categorias apresentadas a seguir:

Saúde mental em serviços comunitários

Essa categoria reuniu normas referentes aos serviços comunitários de saúde mental que foram implementados após a consolidação da reforma psiquiátrica. A maior parte desses instrumentos normativos, trazem expressamente conteúdos como a habilitação de serviços comunitários de saúde mental nos municípios, seguido daquelas que versam sobre incentivos financeiros para investimento: De acordo com a Portaria n° 904, de 16 de setembro de 2014: *“Ficam habilitados os Centros de Atenção Psicossocial [...] para realizarem os procedimentos específicos previstos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS”*.⁽¹⁰⁾

Levando-se em consideração a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centralizada na atenção comunitária, foi que o Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs): *“[...] Instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS”*.⁽⁶⁾

Os resultados evidenciaram que o SUS responsabiliza-se pela atenção à saúde de doentes decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas, e oferece assistência junto a RAPs por equipe multiprofissional, entre eles os profissionais de enfermagem, conforme a Lei n° 11.343, de 23 DE agosto de 2006: *“[...] Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes”*.⁽¹¹⁾ Outro dado

relevante à sociedade e que conta com a atuação da enfermagem são as instituições terapêuticas, inseridas na RAPs através da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012: *“Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPs”*; [...] *“Entende-se por unidade de atenção em regime residencial, o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a comunidade terapêutica, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAP”*.⁽¹²⁾

É evidente o avanço na atenção à pessoa com transtorno mental, propiciado por políticas públicas de saúde que também fortalecem o exercício profissional da enfermagem, bem como os direitos dos mesmos.

Saúde mental em serviços hospitalares

Documentos da década de 1940 como o Decreto de Lei nº 7.055, de 18 de novembro de 1944, trazem em seu texto a criação de hospitais psiquiátricos adultos e infantis, ressaltando que estes ainda estão vigentes, embora promulgados antes da reforma psiquiátrica: *“Fica criado, no serviço nacional de doenças mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), ao qual compete assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, e realizar pesquisas e estudos sobre as psicopatias”*.⁽¹³⁾

Após a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, surgiu o Serviço Hospitalar de Referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

Destaca-se nas normativas a habilitação de leitos em hospitais, algumas estabelecendo

uma nova classificação hospitalar, de acordo com a Portaria nº 2.644, de 24 de outubro de 2009: “[...] estabelecer nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte [...]];⁽¹⁴⁾ bem como as que tratam sobre investimento de recursos financeiros, como a Portaria nº 12, de 7 de janeiro de 2015: “Fica estabelecido recurso anual [...] a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual da Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios [...]”.⁽¹⁵⁾

Foram encontradas legislações que tratam da incorporação de medicações no âmbito do SUS para tratamento do paciente com transtornos mentais, dentre elas a Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013: “Fica aprovado, na forma do Anexo a esta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia”.⁽¹⁶⁾

Observa-se a vigência de legislações antigas, anteriores a Lei do exercício profissional da enfermagem. A informação remete a necessidade de verificar se há divergência com o atual modelo de atenção à saúde mental, também se traz implicações profissionais, visto que a Lei do exercício profissional de enfermagem em vigor é do ano de 1986.⁽¹⁷⁾

Implicações ao exercício da enfermagem

As legislações que fazem relação com o exercício da enfermagem trazem em seu conteúdo a presença do enfermeiro nos serviços de saúde mental, tal como a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e provavelmente incrementou o surgimento das especializações nesse campo específico: [...] equipe mínima [...] na seguinte configuração: [...] 1(um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental”.⁽¹⁷⁾

O Enfermeiro é um dos profissionais que compõe o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), estabelecido pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006: “[...] representante de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil: [...] um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)”.⁽¹¹⁾

A única legislação localizada na base de dados do Cofen, a Resolução nº 427, de 7 de

maio de 2012, embora não reporte diretamente à pessoa com transtorno mental, é aplicável para essa população, como medida de segurança: *“Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do Enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados”*.⁽²⁰⁾

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como marco a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, em promover os direitos da pessoa com transtorno mental, e modificar o modelo assistencial asilar e excludente⁽²¹⁾. Antes da Reforma, as pessoas com transtornos mentais ficavam encarceradas em manicômios por 10, 20, 40 anos sofrendo abusos e violações de seus direitos. Em decorrência dessas condições insalubres (superlotação dos hospitais, má condições de higiene, de alimentação e de psicofarmacoterapia inadequadas, entre outros), com violação dos direitos humanos, como o direito à liberdade, de higiene pessoal e ambiental, de alimentação, de tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, e lazer, de habitação da pessoa com transtorno mental, houve o descredenciamento de vários hospitais.

Evidente que no caos das instituições manicomial, a equipe de enfermagem sofria violação de direitos e deveres profissionais, e também de seus direitos humanos, por ser a categoria profissional que tem por essência o cuidado ao ser humano, tanto que se juntou ao grupo de luta pelos direitos da pessoa em sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos

movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Logo, a reforma psiquiátrica propiciou melhorias às pessoas com transtorno mental e, também aos seus familiares e profissionais desse campo do saber.

Cabe ressaltar que, atualmente, o cuidado de enfermagem em saúde mental e psiquiatria não está restrito aos serviços e nem aos profissionais especialistas em saúde mental, mas em todo ambiente e qualquer serviço de saúde e outros, em que ocorra o exercício da enfermagem. Pois a ideia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é trabalhar em rede de atenção à saúde mental, principalmente em serviços comunitários de saúde, como o CAPs e a Unidade de Atenção Básica à Saúde (UBS) envolvendo as diversas áreas, serviços e profissionais de saúde.

Percebeu-se na análise das normativas, o reconhecimento dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental, por meio do tratamento digno, baseado em princípios científicos, legais e na reinserção social. Fundamentado nisso, os grandes hospitais e manicômios do tipo carcerário foram substituídos por serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais. ⁽²¹⁾

A internação hospitalar, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, conforme disposição legal. ⁽²¹⁾

Um dos serviços substitutivos do modelo assistencial em saúde mental são os centros de atenção psicossocial (CAPs), nas modalidades: CAPs I, II e III, CAPs i (para atendimento de crianças e adolescentes) e CAPs ad (atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas). Conforme a Portaria nº 336/2002 a composição da equipe mínima imprescindível é o médico e o enfermeiro no serviço mental

substitutivo de assistência em Saúde Mental. Acreditamos ser essencial que o enfermeiro tenha formação em saúde mental. ⁽¹⁸⁾

Esse estudo desvelou que há ainda, carência de documentos oficiais por parte do Conselho Federal de Enfermagem, que possa ampliar o escopo de atuação da equipe de enfermagem, para além do que consta na Lei nº 7.498/1986.⁽¹⁷⁾ Em que pese a amplitude das legislações do COFEN, é preciso que o órgão máximo da enfermagem brasileira coloque em discussão a necessidade da legislação relacionada à assistência de enfermagem específica em saúde mental, para continuar acompanhando a evolução nacional.

Entretanto, apesar de os resultados apontarem apenas uma normativa do COFEN⁽²⁰⁾, que pode ser aplicada ao contexto da atenção em saúde mental e psiquiatria, é fundamental atentar-se para a técnica de contenção mecânica, principalmente, no que diz respeito a presença constante da equipe de enfermagem junto ao usuário do serviço de saúde, seja de saúde mental ou não, sujeito a tal situação. Assim, recomenda-se ao COFEN a necessidade de ampliação do arcabouço legal específico da enfermagem em saúde mental, considerando a complexidade do trabalho nessa área específica e essencial, visto que a equipe de enfermagem realiza atividades como contenção física, mecânica e química, abordagem ao paciente em crise, atendimento na urgência e emergência, entre outras que merecem regulamentação específica, como em outras especialidades da profissão.

Independente da área de atuação da enfermagem, é crescente e constante a imprescindibilidade da atenção em saúde mental às pessoas com transtornos ansiosos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, e do humor, principalmente os depressivos, bem como em ações de prevenção do suicídio.

A enfermagem, junto com a família e a pessoa com transtorno mental, pode auxiliar no processo de empoderamento dos sujeitos, para que se tornem usuários ativos e corresponsáveis pelo cuidado. Desse modo, o Conselho Internacional de Enfermagem,

preceitua que o respeito aos direitos humanos, incluindo o direito à vida, à dignidade e de ser tratado com respeito, é papel inerente à profissão de enfermagem. ⁽²²⁾

No contexto do exercício da enfermagem, com frequência, depara-se com o cuidado às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, como os transtornos do humor, especialmente, a depressão, os transtornos de ansiedade e os transtornos relacionados às substâncias psicoativas, o que torna indispensável a atenção em saúde mental respaldada pela legislação.

A intenção é conferir autonomia, com respaldo legal nas decisões e garantir a segurança do paciente assistido pela equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

A verificação das legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental, disponíveis em meio eletrônico, revelou os avanços voltados à parcela da população que, por muitos anos sofreu o estigma social e violação dos direitos humanos. Contudo, chamamos atenção para a indispensabilidade de as profissões ampliarem o alicerce legal para o cuidado em saúde mental, de modo a acompanhar o momento histórico em que vive o país, principalmente a partir da reforma no modelo de atenção à saúde mental e psiquiatria, bem como o acentuado crescimento das pessoas com transtorno mental.

Destarte concordar que a reforma psiquiátrica melhorou as formas de tratar a pessoa com transtorno mental e sua família. Nesse sentido, legislações vêm sendo formuladas para melhorar gradativamente a assistência à saúde para esse grupo vulnerável da população. Para tanto, os serviços extra hospitalares são considerados fundamentais, embora ainda não sejam suficientes, pois sua distribuição percapta por região do país pode desprivilegiar regiões geográficas de baixa densidade populacional. Além disso, o conhecimento detalhado da legislação de saúde mental por profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais é extremamente importante para a implementação efetiva, sendo necessário

promover treinamento especial para viabilizar uma exploração completa de cada cláusula da legislação e uma discussão meticulosa de seu significado e implicações. ⁽²⁴⁾

Esse estudo mostrou o progresso da assistência a esses indivíduos, assegurando o direito de cidadania, ser tratado com dignidade e respeito. Apontamos como limitações as fontes de buscas, tendo em vista que não abrangeu legislações estaduais e municipais, tornando-se em motivação para outros estudos a incorporação de legislações regionalizadas e locais.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world. [Internet]. New York: United Nations, New York 2015. Available from: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E>. Accessed on 2 January 2017.
2. Organização Mundial da Saúde. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2016.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas com problemas de salud mental como um grupo vulnerable. 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 04 jun 2016.
4. World Health Organization. Investing in Mental Health: evidence for action. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf>. Acesso em: 03 jun 2015. 2013.
5. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Direito à saúde mental. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012>. Acesso em: 11 ago. 2016.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 nov 2016.

7. Alencar, AKB; Fernandes, TG. Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. *Saúde e transformação social*, 1(1):148-53. 2010.
8. Esperidião, E; Silva, NS; Caixeta, CCC; Rodrigues, JA. Enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e a saúde mental: avanços e desafios. *Rev. Bras. Enferm.*66 (esp):171-6. 2013.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011, 279 p.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 904, de 16 de setembro de 2014. Habilita centros de atenção psicossocial para realizar os procedimentos específicos previstos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0904_16_09_2014.html>. Acesso em: 06 nov 2016.
11. Lei nº 11.343, de 23 DE agosto de 2006. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 2 jan 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 06 nov 2016.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 07 nov 2016.
13. Decreto de Lei nº 7.055, de 18 de novembro de 1944. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 1944. [citado 2 jan 2017] Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=7055&tipo_norma=DEL&data=19441118&link=s>. Acesso em: 12 out 2016.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.644, de 24 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2016.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 12, de 7 de janeiro de 2015. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF, 2015. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1990-12>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Esquizofrenia. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

17. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 2 jan 2017]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 12 out 2016.

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev. [citado 2 jan 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 02 out. 2016.

19. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 02 out 2016.

20. Resolução nº 427, de 15 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em: 12 out 2016.

21. Ministério da Saúde (BR). 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. 2001. [citado 2017 jan 2]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

22. Ventura, CAA; Mello, DF; Andrade, RD; Mendes, IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Rev. bras. enferm. 2012, 65(6): 893-898.

8 CONCLUSÃO

A verificação das legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental, disponíveis em meio eletrônico, revelou os avanços voltados à parcela da população que, por muitos anos sofreu o estigma social e violação dos direitos humanos. Com isso o estudo identificou que, há um número significativo de documentos no que se refere a habilitação de serviços extra-hospitalares em saúde mental, bem como disponibilização de recursos para investimentos nestes. Outros investimentos por parte dos legisladores estão na formulação de legislações referentes ao combate de crack, álcool e outras drogas, visto que são fatores predisponentes para o desenvolvimento de transtornos mentais, além do investimento na prevenção do suicídio.

Destarte concordar que a reforma psiquiátrica melhorou as formas de tratar a pessoa com transtorno mental e sua família. Nesse sentido, legislações vêm sendo formuladas para melhorar gradativamente a assistência à saúde para esse grupo vulnerável da população. Para tanto, os serviços comunitários são considerados fundamentais, embora ainda não sejam suficientes, pois sua distribuição percapta por região do país pode desprivilegiar regiões geográficas de baixa densidade populacional. Além disso, o conhecimento detalhado da legislação de saúde mental por profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais é extremamente importante para a implementação efetiva, sendo necessário promover treinamento especial para viabilizar uma exploração completa de cada cláusula da legislação e uma discussão meticulosa de seu significado e implicações.

Contudo, chamamos atenção para a indispensabilidade de as profissões ampliarem o alicerce legal para o cuidado em saúde mental, de modo a acompanhar o momento histórico em que vive o país, principalmente a partir da reforma no modelo de atenção à saúde mental e psiquiátrica, bem como o acentuado crescimento das pessoas com transtorno mental.

Portanto, o estudo denota a necessidade da realização de mais pesquisas que instiguem, influenciem, despertem e divulguem, os direitos da pessoa com transtorno mental e porque não, formule novos direitos baseados em novos estudos.

Esse estudo mostrou o progresso da assistência a esses indivíduos, assegurando o direito de cidadania, ser tratado com dignidade e respeito. Apontamos como limitações as fontes de buscas, tendo em vista que não abrangeu legislações estaduais e municipais,

tornando-se em motivação para outros estudos a incorporação de legislações regionalizadas e locais.

9 IMPLICAÇÕES PARA ASSISTÊNCIA O ENSINO E A PESQUISA

A análise das legislações federais relacionadas à pessoa com transtorno mental nas bases de dados pesquisadas, revelou um grande quantitativo de documentos voltados ao processo de desinstitucionalização, ou seja, a habilitação de serviços comunitários de saúde mental cuja o objetivo é atender a população acometida por algum tipo de transtorno mental, os usuários de álcool, crack e outras drogas.

Embora o estudo tenha trazido uma grande quantidade de legislações relacionadas a esses indivíduos, ficou evidente a escassez de documentos relacionados aos direitos fundamentais dessa população. Sendo assim, a análise apontou a necessidade de realização de pesquisas que gerem publicações científicas, que possam cooperar com a elaboração, manutenção e divulgação do amparo dos direitos da pessoa com transtorno mental, especialmente com base na constatação de que estes direitos nem sempre são atendidos ou sequer existem.

Além disso, os achados deste estudo permitiram recomendar a ampliação e formulação de novas normas para o arcabouço legal da enfermagem brasileira, visto que não foram encontradas legislações específicas para o exercício de enfermagem psiquiátrica, ou seja, toda legislação formulada é voltada para equipe de enfermagem e para a assistência ao paciente em todas as modalidades/especialidades.

Recomenda-se ainda, a introdução de legislações em saúde mental no ensino em enfermagem, além do incentivo na capacitação profissional para atuar nessa área tão específica e na formulação de legislações voltadas para exercício da enfermagem para o atendimento aos pacientes com transtornos mentais e os acometidos por álcool, crack e outras drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, A. K. B.; FERNANDES, T. G. Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 148-153, jun. 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 976p. [versão em português]. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. reimpr. da 1. ed. Lisboa: Editora Edições 70, 2011.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 3, n. 1, jan./jul. 1994.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Lei nº. 10.216, 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário oficial da união, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos**

depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. **Lei nº. 11.343, 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 26 jul. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 248p.

_____. Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA Conselho Federal de Psicologia – CFPIV. **Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Por uma IV Conferência Antimanicomial:** contribuições dos usuários. 2010a. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/conferencia_final.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 30 dez. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21 jun. 2015.

_____. Ministério da saúde. **Saúde Mental no SUS:** as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília: jan. 2011a, 106 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 23. Dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **CARTILHA Direito à saúde mental.** Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012>. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012b. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da saúde. Secretária de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n 34**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 02 jun, 2015.

_____. **Lei nº. 13.061, de 22 de dezembro de 2014**. Institui o Dia Nacional dos Direitos Fundamentais da Pessoa com Transtornos Mentais. Diário oficial da união, Brasília, DF, 22 dez. 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13061.htm>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 7ª reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRISCHILIARI, A.; CREMON, E. C.; MELLO, N. J. S.; WAIDMAN, M. A. P. **Dificuldades encontradas no atendimento à pessoa com transtorno mental**. In: VII EPCC ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 2011, Maringá, PR. *Anais...* Maringá: CESUMAR, 2011. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/elaine_cristina_cremon.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 41-63, jul./out. 2012.

CÂMARA, F. P. Vida e obra de Nise da Silveira. **Psychiatry on line Brasil**, v. 7, n. 9, set. 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CANDIDO, M. C. F. S. **Saúde Mental e Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos mentais**: da legislação ao exercício de direitos, São Paulo, 2015. No prelo.

CARRARA, L. S. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CALDAS, A. A.; NOBRE, J. C. A. Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. **Cadernos UniFOA**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 71-83, 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Ed. Pearson Prentice Hall, 2007.

COBB, H.; MITTLER, P. **Diferenças significativas entre deficiência e doença mental**: uma tomada de posição. Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Folhetos SNR nº 54. Lisboa, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 08 dez. 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C. A. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legislação da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-60, mar./jun. 2014.

CORREIA, V.; BARROS, S; COLVERO, L. A. Saúde mental, na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

CUNHA, R. S. Direito sanitário, Ministério Público e reforma psiquiátrica. **Revista de direito Sanitário**, v. 5, n. 1, mar. 2004.

ESPEDIRIDIÃO, E.; SILVA, N. S.; CAIXETA, C. C. C.; RODRIGUES, J. A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e a saúde mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66, p. 171- 176. 2013.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda em saúde mental no Brasil. **Revista do programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREITAS, L. F. C. Algumas considerações sobre a necessária reformulação da concepção geracional dos direitos fundamentais. **Revista da Faculdade de Direito da FMP**. Porto Alegre, RS, n. 8, p. 206-223, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOIS JUNIOR, E. O movimento higienista e o processo civilizador: apontamentos metodológicos. **X Simpósio Internacional Processo Civilizador**. Campinas, SP, 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, jul. 2012.

JORGE, M. S. B.; RAMIREZ, A. R. A.; LOPES, C. H. A. F.; QUEIROZ, M. V. O.; BASTOS, V. B. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 135-142, ago. 2008.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A. SILVA, P. R. F. A Organização da Política de Saúde Mental. In:_____. (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 2, p. 41- 56.

LACCHINI, A. J. B.; RIBEIRO, D. B.; SOCCOL, K. L. S.; TERRA, M. G. SILVA, R. M. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 565-568, jan./jun. 2011.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 15 ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015 p.1281.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica** [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPs Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 5, n.1, p. 115-137, mar. 2000.

MAZZUOLI, V. O. Proteção internacional dos direitos humanos. In:_____. (ed.). **Curso de direito internacional público**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 804-806.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. **Reforma psiquiátrica, movimento social e engajamento profissional**. In: XI CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DA UFBA, 2011. Salvador. Anais eletrônicos. Salvador: UFBA, 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1308364420_ARQUIVO_Texto_CONLABcompleto.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MINAYO, C. de S. (org.). **Pesquisa social**; 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan./mar. 2011, p.141-154.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**: cuidar sim, excluir não. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Pacto europeu para a saúde mental e o bem-estar.** Conferência de alto nível da EU, juntos pela saúde mental e pelo bem-estar. Bruxelas, 12-13 de junho de 2008. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_pt.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental y desarrollo:** poniendo el objetivo em las personas com problemas de salud mental como um grupo vulnerable. 2010a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde.** 2010b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **65.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.** Carga mundial de transtornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 22 mar. 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan De Acción Sobre Salud Mental 2013-2020.** 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N.; SANTOS, R. C. A.; DANTAS, M. K. C.; NASCIMENTO, E. G. C. Ações e cuidados de enfermagem em saúde mental num hospital-dia psiquiátrico: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental, Online**, v. 6, n. 2, p. 821-829, abr./jun. 2014.

PIOVESAN, F. Constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2013. Primeira Parte. Cap. 1. p. 107-186.

RAMOS, A. C. **Processo internacional de direitos humanos.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

RAMOS, A. C. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2007.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do manicômio do CAPS da contenção (im)pietosa à responsabilização. **Revista Barbarói.** Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154-176, jul./dez. 2012.

SARLET, I. W. A eficácia dos direitos fundamentais. Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. **O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil**: principais aspectos e problemas. Salvador, Ed.JusPodivm, 2013. p. 111-146.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v. 59, n. 3, p. 238-246, ago. 2010.

SCHLEDER, K. S.; HOLANDA, A. F. Nise da Silveira e o enfoque fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 21, n. 1, jun. 2015.

SILVA, J. A. **Curso De Direito Constitucional Positivo**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2007. Cap. II, p.178.

SILVA JUNIOR, S.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 11, p. 167-187.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. O papel do enfermeiro em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. *In*:_____. (ed.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistências**. Barueri, SP 2008. Cap. 3, p. 27-41.

TOWSEND, M. C. Saúde Mental/Doença Mental: histórico e conceitos. *In*:_____. (ed.). **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 2.

VENTURA, C. A. A. Saúde mental e direitos humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Tese de Livre Docência**, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2011. 199p.

VENTURA, C. A. A.; BRITO, E. S. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício da enfermagem. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p. 744-754, 2012.

VENTURA, C. A. A.; MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D.; MENDES, I. A. C. A aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 893-898, nov./dez. 2012.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n.1, p. 131-150, jun. 2008.

WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; PANDINI, A.; BESSA, J. B.; PAIANO, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na atenção básica. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 346-351, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in mental health: evidence for action.** 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte I – Pesquisador

1.a) Data da coleta:

1.b) Número sequencial dos documentos: X de X

Parte II - Identificação Do Documento

2.a) Nome e/ou número (sigla do documento):

2.b) Data da publicação

2.c) Fonte da pesquisa: (1) Presidência da República (2) Ministério da saúde (3) COFEN

2.d) Tipo de documento: (1) Emendas Constitucionais; (2) Lei Complementar; (3) Leis Ordinárias; (4) Leis delegadas; (5) Medida provisória; (6) Decreto Legislativo; (7) **Resoluções**; (8) Decreto de Lei; (9) Decreto Executivo; (10) Normas Técnicas; (11) Decisões; (12) Pareceres; (13) Pareces Normativos; (14) Regulamentações; (15) Portarias; (16) outro _____

Parte III – Conteúdo Do Documento Relativo Ao Transtorno Mental:

3.a) (1) sim (2) não

3.b) Definição de Transtorno Mental: (1) sim (2) não

--

3.c) Área (s) contemplada (s): (1) Da saúde; (2) Da previdência social; (3) Da assistência social; (4) Da educação; (5) Da cultura; (6) Do desporto; (7) Da família, do adolescente, do jovem e do idoso; (8) Atendimento preferencial; (9) Acesso à Justiça; (10) Trabalho; (11) Transporte; (12) à dignidade da pessoa humana; (13) outra _____ (14) não se aplica.

3.d) Disposições da (s) áreas contempladas (s):

Preâmbulo e objetivos	
-----------------------	--

3.e) Disposições do artigo (s), parágrafo (s), inciso (s), alínea (s):

Artigo	Parágrafo	Inciso	Alínea

3.f) Enfoque ou resumo dos dispositivos:

--

Adaptado de CANDIDO *et al.*, (2015, no prelo).