

# SAÚDE MENTAL, HUMANIZAÇÃO E DIREITOS HUMANOS

*Mental health, humanization and human rights*

Aline Brauna dos Santos<sup>1</sup>

Grayceane Gomes da Silva<sup>2</sup>

Maria Erica Ribeiro Pereira<sup>3</sup>

Roberta Sampaio de Brito<sup>4</sup>

---

Artigo encaminhado: 12/04/2017

Aceito para publicação: 10/12/2017

**RESUMO:** A humanização do atendimento em saúde mental na perspectiva de garantia do direito humano à saúde de qualidade à população usuária dos serviços é o foco deste ensaio, o qual se erige com base em pesquisas bibliográfica e documental. Nesse campo, apesar dos avanços, convive-se com o desrespeito aos direitos humanos dos usuários da saúde mental, cuja marca sócio-histórica é a desumanização. Construir, pois, outra realidade requer esforço coletivo e protagonismo dos usuários.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Direito humano. Humanização.

**ABSTRACT:** The humanization of the attendance in mental health in the perspective of guarantee of the human right to health of quality to user population of the services is the focus this theoretical work, that was done with base in bibliographic and documental researches. In this field, despite of the advances, live together with the disrespect to the human rights of the mental health users, whose socio-historical mark is the dehumanization. To construct, since, other reality require collective effort and user's prominence.

**Keywords:** Mental health. Human rights. Humanization.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental está em processo de mudança no Brasil desde os anos de 1990, período que evocou as ideias do Movimento de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica como elementos-chave na efetivação dos cuidados a pessoas com transtorno mental, em um processo de construção de um modelo que compreendesse e respeitasse estes sujeitos como ser humano.

---

<sup>1</sup>Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: [aline\\_brauna@hotmail.com](mailto:aline_brauna@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mestra em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará. Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. E-mail: [silvagracyane@gmail.com](mailto:silvagracyane@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Substituta na UECE. E-mail: [erica.merp@gmail.com](mailto:erica.merp@gmail.com)

<sup>4</sup> Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora e Assistente Social do CAPS de Pentecoste/CE. E-mail: [robertabritoss@hotmail.com](mailto:robertabritoss@hotmail.com)

Logo, buscou-se romper no cotidiano institucional e social com o modelo tradicional de prestar cuidado ao “louco”, marcado pelo encarceramento, pela exclusão, punição, mitologia e desumanidade.

O paradigma que vem se efetivando compreende a saúde mental como política de garantia de direitos e dignidade da pessoa com transtorno mental, cuja responsabilidade recai sobre o Estado, a família e a sociedade. Tal concepção é fruto das mudanças ocorridas no entendimento de saúde como completo bem-estar físico, mental e social.

Nesse contexto, a humanização dos serviços prestados às pessoas com transtornos mentais é uma face da efetivação da concepção destes sujeitos como pessoas de direitos, cidadãos que gozam do estatuto de humanidade que deve pautar as relações sociais entre os seres humanos. Este paradigma se contrapõe e visa superar os modelos arcaicos e resistentes, que excluía as pessoas com transtorno mental, bem como os reduziam ao transtorno, desconsiderando a humanidade e, com isso, necessidades pessoais, familiares e comunitárias, bem como potencialidades.

O tratamento humanizado na saúde e, especificamente, na saúde mental, tem como premissa reconhecer o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença: usuários, gestores e trabalhadores. Estes devem compartilhar e, coletivamente, definir a estruturação dos serviços ofertados, buscando qualificar a oferta e asseverar a operação do direito.

## **2 METODOLOGIA**

A metodologia, ou seja, o caminho para olhar e refletir sobre um novo mundo (GOLDENBERG, 2009) referente ao tema estudado segue um estudo de natureza qualitativa, voltada à compreensão de elementos mais profundos na realidade evocada na pesquisa social (MINAYO, 1993).

Aqui, parte-se de um ensaio teórico com base nas apreensões, nos questionamentos e nas sínteses dialéticas das autoras, as quais atuam na área de saúde e saúde mental.

Para tanto, recorreu-se às pesquisas bibliográfica e documental para lançar luz à discussão empreendida. A primeira se caracteriza pelo uso de textos, artigos científicos, ou seja, é desenvolvida a partir de material elaborado. A segunda se

peculiariza pela natureza das fontes: as que não receberam ainda tratamento analítico, podendo ser documentos, relatórios, dentre outros (GIL, 2009).

### **3 A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: TRAJETÓRIA DE LUTAS E MUDANÇAS DE PARADIGMAS**

Por séculos, as pessoas com transtornos mentais sofreram tratamentos desumanos, pois se considerava um desvio grave os comportamentos decorrentes de processos de manifestação dos sintomas das doenças mentais. Nesse contexto, essas pessoas eram abandonadas pelas famílias e pela sociedade. Ao longo do tempo, com o desenvolvimento da ciência, os assistidos passaram a ser objeto de estudos para a cura dessas doenças, sendo utilizadas diversas experiências, como eletrochoque, uso de medicações e cirurgias.

Na perspectiva de retirar-lhes do meio para curá-los ou simplesmente do convívio por não ter mais cura, essas pessoas foram enclausuradas em asilos e hospitais psiquiátricos por longos períodos, algumas passaram a residir nesses locais. Nos momentos de crise, a centralidade era estabilizar a doença através de aplicação de sedativos e permanência nos hospitais, em que eram tratados de forma desumana como possíveis agressores perigosos. Nesta concepção, a centralidade se encontra na doença e como controlar os sintomas, não se observam os contextos que envolvem a vida desses indivíduos (AMARANTE, 2007).

Pode-se afirmar que, praticamente até o fim da década de 1970, na assistência psiquiátrica dos hospitais públicos no Brasil, mais do que a oferta de tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, prevaleceu o abandono. Ainda nessa década, a marca predominante foi a abertura de grande número de hospitais, privados ou filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com recursos dos segurados da previdência social. Foi um período de intensa privatização da assistência médica, especialmente na psiquiatria (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p. 35).

Diante desse contexto de centralidade na doença sem observação de que há um indivíduo com desejos, família, afetos, hábitos e necessidades diversas, de hospitalização e maus-tratos por não se considerar que essas pessoas têm sentimentos e são sujeitos cidadãos, um grupo de profissionais passou a denunciar as condições insalubres de vida daquelas pessoas, as quais também geravam más situações de trabalho, devido à falta de higiene dos referidos locais. Desse momento

de indignação, o qual acompanhou o contexto de lutas da Reforma Sanitária, surgiu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental.

Esse movimento ganhou visibilidade a partir de 1978, no Congresso de Psiquiatria de Camburiú, em Santa Catarina, com a bandeira de luta por humanização da assistência à saúde, denúncia das más condições de atendimento nos hospitais, alto custo do serviço privado e das péssimas condições de trabalho. Deste modo, ganhou corpo o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, na perspectiva de mudar o contexto de atendimento em saúde mental para centralidade na pessoa e na construção das condições para o bem-estar biopsicossocial.

A reforma psiquiátrica brasileira, impulsionada a partir do início da década de 1980, propõe um modelo de atenção centrado nos serviços comunitários para substituir a internação hospitalar, seguindo as mesmas orientações das políticas de saúde mental encontradas no cenário internacional. A partir da aprovação da lei n. 10.216/2001, observa-se a implantação de uma rede de cuidados na comunidade e de políticas voltadas para trabalho, moradia, lazer e cultura (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p. 9).

Cabe destacar que o movimento de Reforma Psiquiátrica ainda está em curso em todo o país, através da substituição do modelo hospitalar, o qual, ao longo desses anos, tem fechado as instituições de caráter privado, pela centralidade do cuidado no território através da Atenção Básica e da rede de Urgência e Emergência, dentre outras redes intersetoriais. Neste caminho, há avanços e retrocessos devido à escassez de investimentos públicos na manutenção estrutural e de pessoal dos serviços públicos. Além disto, há a necessidade de fortalecimento da educação permanente para os profissionais que atuam em toda rede que irá proporcionar o acompanhamento desses usuários e seus familiares.

Como primeiras iniciativas de mudanças no tratamento das pessoas com transtornos mentais, desenvolveram-se os Núcleos de Atendimento Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a perspectiva de proporcionar atenção comunitária e multidisciplinar. A rede composta principalmente pelos CAPS vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, que tinha características excludentes, opressivas e reducionistas, constituindo, assim, um sistema de assistência utilizando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade, acrescido da proposta de desinstitucionalização, cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e

atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

Ademais, é imprescindível a promoção e a busca pela consolidação de uma política assistencial humanizada, produzindo contextos de mudança cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico, promovendo-se, deste modo, uma desconstrução social, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre as particularidades de cada indivíduo, com olhar fundado em atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com transtornos mentais.

Nos últimos anos, a Política Nacional de Saúde mental tem sido orientada, tal como enfatiza Paiva (2003), na seguinte direção:

Trabalha-se com a defesa da reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, premendo pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância (p.22).

Em todo território nacional, as mobilizações sociais no campo da saúde mental são guiadas politicamente por uma luta de resgate de cidadania e dos direitos humanos, especialmente por meio das práticas do pressuposto de que a operação reabilitadora logrará restituir a cidadania plena a esses que foram excluídos desse direito. Durante as conferências de Saúde mental no Brasil, os familiares, os profissionais e as pessoas com transtornos mentais lutavam para mudar esta realidade imposta.

Para Birmam (1992, p. 73):

Portanto, não se trata do não reconhecimento da condição de cidadania dos enfermos mentais de um simples desvio de rota operando sobre um fundo reconhecido de positividade dos seus legítimos direitos sociais, mas de uma positividade que nunca existiu de fato e de direito, sendo esta atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário. Enfim, a exclusão social da figura da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural e histórica do ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo na aurora do século XIX.

Contudo, a Reforma Psiquiátrica brasileira objetiva não somente a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, como

também defende os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e orienta mudanças na assistência em saúde dessa população, possibilitando a construção de serviços substitutivos, desconstruindo a ideia de tratar o louco com o isolamento, e de devolver-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver cidadania e subjetividades.

Em 2001, surgiu um grande marco para Saúde Mental brasileira, a lei 10.216/01, que vem contribuindo diretamente para abertura de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas (RS), os Centros de Convivência, constituindo, então, a rede de atenção Psicossocial.

Como resultado desses contextos de lutas nos últimos 20 anos, a rede de atendimento em saúde mental modificou significativamente seu paradigma, sendo agora espaço de reabilitação social e valorização dos usuários. Entretanto, apesar dos avanços, ainda há muito a que se lutar para conquistar mais espaços sociais.

#### **4 O DIREITO À SAÚDE MENTAL: CONCEITOS E RECONHECIMENTO LEGAL**

O entendimento da saúde como um direito do indivíduo é instituído no Brasil a partir da chamada Constituição Cidadã de 1988. Em conjunto com a Assistência e a Previdência Social, passa a compor a Seguridade Social brasileira. Consta no Art. 196 do referido documento que a

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.83).

Considerada um marco na luta por direitos, a Constituição Federal (CF) de 1988 prevê que todo cidadão tenha livre acesso ao tratamento de saúde, pautando execução nas diretrizes constantes em seu Art. 198, o qual informa:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.83).

A instituição de um sistema único de saúde, que apresenta uma rede de serviços à disposição da população, com foco em ações preventivas, buscando a integralidade do atendimento, é elemento novo na história da saúde do Brasil. O acesso anteriormente condicionado a contribuições de diferentes ordens cede lugar a uma concepção de direito do cidadão. Trata-se de romper com um modelo excludente de atenção à saúde, que deixava ampla parte da população brasileira à mercê do atendimento de instituições como as Santas Casas de Misericórdia. Assim, a saúde era posta como um direito restrito, não sendo de responsabilidade estatal viabilizá-lo à população.

Partindo desse contexto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, sinaliza em seu Art. 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p.1).

Tal normativa corrobora o texto descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948, que afirma:

1.Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (Declaração Universal dos Direitos Humanos, p. 6, 1948).

Importante observar que a saúde do ser humano não se limita à ausência de doenças, contempla todas as áreas necessárias à sobrevivência do indivíduo. Tais afirmações estão embasadas no conceito expresso na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 22 de julho de 1946, que se refere à saúde como um estado de completo bem-estar físico e mental, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade.

Ainda com base no documento supracitado, destaca-se o necessário cuidado que deve ser direcionado à saúde mental do indivíduo, entendendo-se esta como um direito do ser humano e que deve ser garantido em conformidade com o que



rege a Lei nº 10.216, de 06 de 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.

A saúde mental no Brasil esteve por longo período negligenciada, marcada pelo preconceito, mitos e estruturada a partir do modelo hospitalocêntrico-manicomial. Para superar tais problemas, a Reforma Psiquiátrica se propôs a construir um novo modelo de atendimento aos sujeitos com transtornos mentais. Assim,

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, no mercado dos 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. (BRASIL, 2005, p. 06).

Entender o movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto da saúde mental é perceber o indivíduo como cidadão autônomo que deve ser respeitado e tratado em meio à sociedade. Com tal orientação, a pessoa com transtorno mental passa a ser alvo de estratégias de cuidado que buscam resguardar sua integridade física e psíquica.

No campo dos direitos, tais conquistas são registradas no Art. 2º, da Lei nº 10.216/2001, que informa, inicialmente, a necessidade de, nos atendimentos em saúde mental de qualquer natureza, a pessoa e familiares ou responsáveis serem formalmente esclarecidos sobre seus direitos.

Dentre os direitos, vale destacar o inciso II, o qual informa que a pessoa com transtorno mental deve ser tratada com humanidade e respeito. Nesta mesma passagem, é possível identificar a referência aos cuidados no âmbito familiar e comunitário, além da menção ao trabalho, com vistas a beneficiar sua saúde. Tais colocações direcionam para o entendimento da saúde mental como direito humano, estando previsto pelas normativas vigentes, porém, vivenciados em uma realidade ainda em construção.

Segundo Correia (2011),



Direitos humanos são os direitos fundamentais de qualquer pessoa, independentemente de raça, sexo, idade, religião, opinião política, origem nacional ou social etc. e têm como objetivo garantir que a dignidade de todo ser humano não seja desrespeitada (CORREIA, 2011, p.20).

O respeito à dignidade humana, a partir dos princípios da igualdade, liberdade e fraternidade vigora no campo dos direitos humanos. No campo da saúde mental, os indivíduos sofreram muitas violações de direitos com tratamentos desumanos de confinamento em hospitais psiquiátricos, nos quais permaneciam por toda a vida sem estímulos de desenvolvimento biopsicossocial. Ainda hoje, devido às más condições dos serviços públicos de saúde, o atendimento não chega a todos devido à falta de profissionais, insumos, organização de fluxos de atendimentos entre os serviços e, principalmente, a ausência de conhecimento e orientação aos familiares que convivem com esses usuários na rotina doméstica.

Carvalho (1998), afirma que:

Dizem-se humanos os direitos que o indivíduo é titular só pela razão básica de pertencer ao gênero humano. Esses direitos referem-se a faculdades naturais [...] considerando o ser humano indiscriminável, sob qualquer consideração. Esses direitos são imprescindíveis à sua segurança pessoal servindo ao seu sadio desenvolvimento no meio social em que vive [...] na valoração dos direitos humanos, não é lícito cogitar-se de condicionamento algum (raça, cor, sexo, idade, religião, cultura, classe social etc.) Ao Estado cabe [...] cuidar e defender esses direitos que são respeitados em qualquer regime estatal onde impere a liberdade democrática representativa (CARVALHO, 1998, p. 47).

A relevância dos direitos humanos está centrada na proteção da vida do indivíduo, no entendimento de que as pessoas devem ser respeitadas e seus direitos assegurados, não sendo alvo de discriminação ou violência, por exemplo, cabendo ao Estado defender tais direitos em meio a uma sociedade democrática. Porém, diga-se de passagem, considerando o contexto da saúde mental, ainda há muito a ser conquistado.

Partindo da análise sobre como a sociedade vem se manifestando em relação aos transtornos mentais, sendo estes associados a diferentes conceitos e entendimentos, percebe-se a lógica do distanciamento e da exclusão dos indivíduos

tomados ora como seres desconexos da realidade, alienados, insanos, ora como bruxos ou gurus a depender do contexto sociocultural ao qual esteja relacionado.

Ao longo da história da humanidade, foram adotadas múltiplas estratégias de enfrentamento da loucura e/ou transtornos mentais de diferentes ordens, entre outras doenças, a exemplo do “Nau dos Loucos”, no qual, segundo Foucault (1997), os indivíduos considerados loucos eram postos em porões de navios que seguiam navegando sem destino na imensidão do oceano em busca do resgate da razão.

Por longas décadas, a pessoa com transtorno mental teve seus direitos humanos desrespeitados, tendo na discriminação uma das principais ocorrências. Fato este que impulsionou uma série de violações de direitos, como maus-tratos em ambientes hospitalares, falta de higiene, negligência na alimentação, abandono por familiares nas ruas e em asilos.

Cabe esclarecer que diferentes fatores podem estar relacionados com alterações no campo da saúde mental do ser humano, como condições socioeconômicas, relacionais e biológicas. Trata-se de uma área extremamente complexa e que demanda atenção especializada. Qualquer pessoa está passível a desenvolver algum transtorno mental, principalmente quando inserida em um cotidiano com altos níveis de estresse e/ou associado ao quadro de violação de direitos, dentre outros fatores a serem considerados.

Ademais, a superação do preconceito referente à pessoa com transtorno mental é um processo em construção. Ações educativas e qualificação dos trabalhadores atuantes na saúde mental são caminhos para construção de uma nova cultura relacional com estas pessoas.

Os avanços registrados no campo da regulamentação do acesso à saúde como direito do cidadão ainda não garantem sua consolidação. Faz-se necessário perceber a saúde mental como direito humano, conforme afirmado anteriormente, uma vez que a pessoa com transtorno mental demanda por políticas públicas que potencializem o seu pleno desenvolvimento enquanto ser social.

## **5 ATENDIMENTO HUMANIZADO: UM DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL DE QUALIDADE**

O atendimento a pessoas com transtornos mentais deve ser pautado na atenção integral a cada um de acordo com suas necessidades específicas, devendo o usuário ser considerado um ser único na sua singularidade. A atenção tem que

estar ancorada na diversidade das situações vivenciadas no cotidiano dos usuários e suas famílias. Assim, esse cuidado deve ser pautado pelo processo de humanização das relações com o usuário, a família e a comunidade, visando a garantia de direitos e qualidade na oferta dos serviços.

A Política de Humanização na saúde, lançada em 2003, tem como prerrogativa trazer à tona essas necessidades de melhor acolher e cuidar dos usuários nos serviços públicos de saúde. Neste caminho, prioriza qualificar a gestão e os trabalhadores na perspectiva da construção de vínculos para melhor acolher os usuários e fomentar o cuidado integral e contínuo, além de pautar a valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte,

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013, p. 4).

Desse modo, em toda a rede de saúde, deve haver mudança na configuração da organização do trabalho para garantir melhores condições de atuação profissional e ofertar ações de qualidade na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A intenção é superar as situações de atendimento desumanizado que vinham dificultando as relações profissionais e gerando conflitos que culminavam em atendimento pouco acolhedor à população.

Para concretizar essa política, têm-se como diretrizes de implementação o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Assim, pode-se perceber que esse processo perpassa por todos os níveis que qualificam os elementos do serviço, compreendendo as necessidades do outro para resolubilidade nas ações.

O acolhimento<sup>5</sup>, neste cenário, em conjunto com a ambiência<sup>6</sup>, proporciona melhor relação entre as pessoas e os ambientes de saúde que ocupa, na perspectiva de proporcionar maior bem-estar à população. Junto a isso, é necessário fortalecer as relações de gestão para concretização das ações, valorizar o trabalhador, para que tenha melhores conhecimentos e maior satisfação ao

---

<sup>5</sup> Reconhecer através de escuta qualificada o que o outro traz como demanda, bem como construir vínculos e diálogos entre equipes e usuários.

<sup>6</sup> Criar ambientes acolhedores e agradáveis para proporcionar encontro entre as pessoas.

trabalhar e defender os direitos dos usuários para que possam ser respeitados em suas necessidades. Sobre este aspecto temos que

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (...) (CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS, 2007, p. 4).

Nesse contexto, os usuários têm direito às informações claras sobre seus diagnósticos, escolha de partilhar sua situação com outras pessoas, acesso ao seu prontuário, dentre outros direitos que garantam melhor relação com as questões que perpassam por suas relações de saúde e doenças. Para o usuário com transtornos mentais não deve ser diferente, pois, dentro da sua compreensão, deve-se compartilhar informações sobre tratamento e construir estratégias de autocuidado para elaboração de uma corresponsabilização do cuidado.

Em análises de ações de qualificação profissional para concretização da política de humanização na saúde mental, tem-se como constatação que

Um segundo indicativo da humanização do cuidado em saúde mental que emergiu das intervenções se centra na ideia de protagonismo dos sujeitos e coletivos e que se vincula diretamente ao princípio da inseparabilidade entre a atenção e a gestão da PNH, pois nos processos de produção de saúde: “As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar” (BRASIL, 2008, p. 24).

No que diz respeito à saúde mental, essa humanização é de extrema importância para garantir a construção de vínculos entre profissionais, gestores, usuários, familiares e comunidade para busca efetiva da habilitação e reabilitação de pessoas com transtornos mentais, que têm de enfrentar dia a dia os preconceitos que os expõem a limitações no acesso aos espaços sociais. É necessário acolher a demanda e efetivar na prática uma escuta ativa para garantir condições de cuidado à saúde mental e inclusão social a essas pessoas.

Quando se pontua em saúde mental, a humanização começa a acontecer a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, na perspectiva de que se denunciam as ações de maus-tratos que não tinham base terapêutica, mas somente centrada na

retirada dessas pessoas do meio social. O atendimento de viés psicossocial, centrado no indivíduo e na relação que trava com o meio em que vive, configura-se como ponto de partida para o estabelecimento de relações mais humanas entre usuários, profissionais, familiares e comunidade.

Nesse período, iniciaram-se as primeiras experiências de novos dispositivos como alternativa ao modelo hospitalar, os CAPS/ NAPS, mostrando-se um instrumento importante de assistência, ao considerar a subjetividade do indivíduo, reconhecer e buscar assegurar a cidadania da pessoa com transtorno mental, estabelecer contratos e projetos terapêuticos, propor a intersetorialidade e a interdisciplinaridade para melhor atender as demandas psicossociais de seus usuários (SÁ; BARROS; COSTA, 2007, p. 27).

Como direito humano, o acesso à saúde tem que ser considerado para além da oferta obrigatória de um serviço à população, mas como parte da construção da vida e da história dessas pessoas que necessitam de cuidado e atenção para toda a vida.

É importante a superação de atitudes desumanas no tratamento desse público e de familiares, que têm o direito de receber toda informação necessária para compartilhar do cuidado, bem como recebê-lo junto às equipes de saúde que os acompanham. Ações articuladas entre as equipes de saúde, de outros setores e a população garantem melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde mental.

A nova forma de organização dos serviços, perpassando os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, possibilita uma articulação maior dos serviços entre si e desses serviços com os demais serviços de saúde, assim como com os diversos setores da sociedade. Essa articulação de forma horizontalizada viabiliza a assistência de maneira mais integrada aos seus usuários, articulando os cuidados aos usuários com uma gama de possibilidades no seu território e nos demais equipamentos sociais, contribuindo para a (des) construção da segregação e do confinamento das pessoas portadoras de transtornos mentais (QUINDERE; JORGE, 2010, p. 581).

A partir da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3088 de 2011, as ações neste sentido ganharam maior capilaridade a partir da obrigação de se descentralizar a busca da integralidade na atenção. Deste modo, os objetivos gerais são proporcionar o acesso aos pontos de atenção pelas pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso abusivo de

drogas, com articulação entre esses pontos para atenção nas diversas situações, em especial as urgências, utilizando os dispositivos do território.

Esta rede tem como base a diversificação dos espaços de acolhimento aos usuários com transtornos mentais, na perspectiva de descentralizar a atenção a essas pessoas que possuem necessidades diversas, para além das questões psíquicas. Além disso, ao ter atenção em diversos pontos da rede, tem o direito à prevenção, promoção e recuperação das questões que envolvem a saúde como um todo.

Assim, a rede, como podemos destacar a seguir, é constituída por todos os pontos que envolvem a atenção à saúde dos indivíduos, visando não somente a integralidade, como também a inclusão social desse grupo, através do acesso aos equipamentos de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde.

A RAPS é integrada por componentes, os quais são demarcados por pontos de atenção específicos, conforme o quadro a seguir.



**Quadro 1 - Conhecendo componentes e pontos de atenção da RAPS**

<b>COMPONENTE</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Adaptado de Portal da saúde - SUS (2017).

É importante destacar que a RAPS reafirma o compromisso com os direitos dos usuários do SUS ao assegurar, no artigo 2º, o respeito aos direitos humanos, com destaque à garantia de autonomia e liberdade dos sujeitos, promoção da equidade com atenção aos determinantes sociais aos quais os usuários estão expostos, combate a estigmas e preconceitos, acesso e qualidade aos serviços para um cuidado integral e por equipe multiprofissional. Além disso, prevê atenção humanizada, com vistas à centralidade nas necessidades das pessoas, pois cada indivíduo apresenta contexto de vida e necessidades diferentes, sendo preciso analisar e definir ações para cada caso (BRASIL, 2011).

Essas diretrizes corroboram com a perspectiva da construção de um atendimento de qualidade para usuários e familiares dos diversos serviços que



devem compor a rede, sendo necessário qualificar profissionais a vencerem os desafios pessoais em lidar com as situações vivenciadas nos momentos de crise. É necessário construir empatia nos espaços em que os usuários transitam, para que possam ter melhor qualidade de vida e superar as dificuldades advindas dos transtornos que apresentam.

Portanto, essa humanização que diz respeito principalmente às relações entre pessoas, sendo melhor estruturada e praticada no cotidiano, poderá subsidiar a garantia do direito humano à saúde de qualidade preconizado nas diversas legislações, sendo necessária para contribuir com melhoras significativas na saúde mental dos usuários que têm, muitas vezes, relação difícil com a comunidade e a família.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A qualidade dos serviços prestados na saúde mental exige pensar o usuário como um sujeito em sua integralidade, com fragilidades e potencialidades, cujo atendimento cabe ao Estado, à família e à sociedade. Isso está sendo possível em um contexto de alteração da visão tradicional da saúde, em sentido amplo, e especificamente sobre a saúde mental, as quais resultam dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, respectivamente.

Nesse contexto, pensar o acesso humanizado à saúde mental como a efetivação de um dos direitos humanos do usuário requer romper com o histórico mítico, depreciativo, repulsivo, coercitivo e excludente que imperou por longo tempo na sociedade brasileira, que negava o convívio com este público e, ao fazê-lo, ao encarcerá-lo, reduziam-no a um ser vivo, mas não completamente humano.

Defende-se aqui a negação desse modelo ao se buscar firmar no cotidiano social e institucional brasileiro a compreensão e a desmitificação dos transtornos mentais. Este processo em movimento deve ser reafirmado pelas instituições que lidam direta ou indiretamente com estes sujeitos, buscando responder às necessidades biopsíquicossociais, com atendimento integral, contínuo, qualificado, respeitoso, multidisciplinar e intersetorial. Trata-se de ver o usuário para além do transtorno ou doença apresentado.

Portanto, o norte do cuidado em saúde mental deve ser o atendimento humanizado, que foca nos interesses do usuário e respeita-o, colocando-o como protagonista da sua vida individual, familiar e comunitária. Assim, o usuário deve ser

chamado a participar das decisões coletivas que lhes dizem respeito, ouvindo os trabalhadores e gestores dos serviços e sendo por estes ouvidos, em um processo contínuo de troca de saberes, cujos focos é a qualificação dos serviços e a ampliação de direitos das pessoas com doenças e transtornos mentais.

Destarte, acolher as demandas, atender com dignidade, dar respostas efetivas demandam dos profissionais a capacitação permanente, criatividade na construção de novos protocolos de atendimento, análise e introjeção dos processos que avançam quanto à compreensão deste público. Isso requer investimentos em infraestrutura e em recursos humanos qualificados, os quais ainda constituem um devir.

Concluiu-se que, apesar dos avanços, convive-se com desrespeito aos direitos humanos dos usuários da saúde mental, cuja marca sócio-histórica é a desumanização. Contudo, os princípios e as diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Humanização são base à construção de um paradigma humanizado e humanizante em seu âmbito. Há um processo de efetivação destas requisições, as quais enfrentam resistências cotidianas, mas que tende a se concretizar nas teias sociais com o esforço coletivo e cooperativo entre os sujeitos políticos (Estado, sociedade, família, usuários) que se lançam a este desafio.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* [Internet]. Brasília, DF, 1988. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011* [Internet]. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 09 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. *Carta dos direitos dos usuários da saúde* [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990* [Internet]. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001* [Internet]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília: OPAS, 2005.

CARVALHO, M. J. *Os Direitos Humanos no Tempo e no Espaço*. Brasília: Brasília Jurídica, 1998.

CORREIA, L. C. *Guia de direitos humanos loucura cidadã*. Salvador: AMEA, 2011.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Boitempo, 2009.

GOLDENBERG, M. *A arte da pesquisa: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.9, n. 2, p.48-55, 2001.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org). *Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p.296.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* [Internet]. 1948. Disponível em:  
<[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)>.

Acesso em: 27 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque de 19 a 22 de julho de 1946.

PORTAL SAÚDE – SUS. RAPS – *Rede de Atenção Psicossocial* [Internet]. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M. Saúde Mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão. *Sanare*, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org.). *Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

QUINDERÊ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des) construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde & Sociedade*, v. 19, n.3, p. 569-583, 2010.