

ORGANIZADORAS

Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas
Lis Meire Pedrosa Brasileiro

CARTILHA SOBRE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

um olhar para
a esquizofrenia

AUTORES

Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas
Lis Meire Pedrosa Brasileiro
Rebecca Brayner Pereira
Cássia Brito de Oliveira
Anthonio Brasileiro Andrade
Pedro Alexandre Leite Rocha
Cleonice Alves da Silva
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres
Franco Andrei da Cunha Junqueira

ORGANIZADORAS

Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas
Lis Meire Pedrosa Brasileiro

CARTILHA SOBRE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

um olhar para
a esquizofrenia

AUTORES

Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas
Lis Meire Pedrosa Brasileiro
Rebecca Brayner Pereira
Cássia Brito de Oliveira
Anthonio Brasileiro Andrade
Pedro Alexandre Leite Rocha
Cleonice Alves da Silva
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres
Franco Andrei da Cunha Junqueira

| São Paulo | 2023 |



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C327

Cartilha sobre saúde mental e direitos humanos: um olhar para a esquizofrenia / Organizadoras Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas, Lis Meire Pedrosa Brasileiro. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-650-4

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.96504

1. Esquizofrenia. 2. Saúde mental. 3. Direitos humanos. I. Freitas, Rita de Cássia Souza Tabosa (Organizadora). II. Brasileiro, Lis Meire Pedrosa (Organizadora). III. Título.

CDD 616.898

Índice para catálogo sistemático:

I. Esquizofrenia

Janaina Ramos – Bibliotecária – CRB-8/9166

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Biegging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Marketing digital	Lucas Andrius de Oliveira
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Peter Valmorbida Potira Manoela de Moraes
Imagens da capa	Hendripiss, Purnamapurmoon - Freepik.com
Tipografias	Swiss 721, Gobold Bold
Revisão	Jorge Ribeiro da Silva Neto
Organizadoras	Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas Lis Meire Pedrosa Brasileiro
Autores e autoras	Rita de Cássia Souza Tabosa Freitas, Lis Meire Pedrosa Brasileiro, Rebecca Brayner Pereira Cássia Brito de Oliveira, Anthonio Brasileiro Andrade Pedro Alexandre Leite Rocha, Cleonice Alves da Silva, Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres Franco Andrei da Cunha Junqueira

PIMENTA CULTURAL
São Paulo · SP
Telefone: +55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com



2 0 2 3

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosângela Colares Lavand
Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil



Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fábrica Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handerson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jônata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Moraes Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastrelli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del México, México



Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patrícia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taiza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil



PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabete de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Capítulo 1	
O que é esquizofrenia	13
1.1 Tipos de esquizofrenia.....	14
1.2 A luta antimanicomial.....	15
Capítulo 2	
Entendendo os sintomas	17
Capítulo 3	
Procurando ajuda	19
3.1 Exames do estado mental	20
Capítulo 4	
Adesão ao tratamento	21
4.1 Fármacos utilizados	22
4.2 Intervenções psicossociais	22
Capítulo 5	
Como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico.....	23
5.1 Como se comunicar com a pessoa portadora de esquizofrenia.....	24
5.2 Sentir e refletir	25



Capítulo 6

Importância do apoio familiar 26

6.1 Como a família deve conduzir e apoiar
um membro portador de esquizofrenia 28

Capítulo 7

**Como ajudar e quem procurar quando
a pessoa está em crise 29**

Capítulo 8

**Nove mandamentos quando
alguém está em surto 31**

Capítulo 9

Sinais de alerta 33

Capítulo 10

Dicas valiosas 35

Capítulo 11

Inclusão social 37

Capítulo 12

Grupos de apoio 42

12.1 O papel do facilitador 44

12.2 Os tipos de grupos 45



Capítulo 13

Medicamentos oferecidos pelo SUS	47
13.1 Procedimentos para solicitação dos medicamentos	49
13.2 Programa de medicamentos excepcionais: como conseguir os medicamentos de alto custo para uso contínuo	50

Capítulo 14

Análise geral sobre os direitos dos portadores de esquizofrenia.....	56
14.1 Direitos trabalhistas.....	59
14.2 Direitos previdenciários	61
14.3 Direitos processuais.....	63
 Conclusão.....	 65
 Referências	 66



INTRODUÇÃO

Pessoas portadoras de esquizofrenia nem sempre dispõem das informações necessárias sobre sua condição e a sua respectiva proteção jurídica. Nem sempre os cuidados com a saúde dessas pessoas se associa ao direito de que elas e seus familiares saibam que são tutelados por normas administrativas e jurídicas cujo objetivo é protegê-los enquanto cidadãos, enquanto pessoas com direito a ter direitos.

Nesse sentido, esta cartilha nasce da junção entre a promoção/proteção dos direitos humanos e a preocupação sobre saúde mental para pessoas que nem sempre sabem que existem informações importantes para melhorar sua condição de portadora de algum transtorno que desconhecem como ter acesso aos direitos assegurados pelos textos legais.

De um encontro entre os direitos humanos e o mestrado profissionalizante em Práticas e Inovações em Saúde Mental (Prismal) da Universidade de Pernambuco, campus Garanhuns, originou-se um série de cartilhas financiadas pelo Programa de Fortalecimento Acadêmico, por meio de edital próprio para financiamento de atividades extensionistas. Em 2021, a equipe responsável pela produção dessas cartilhas submeteu o primeiro projeto, aprovado com financiamento para as duas primeiras. Esta é a primeira da série, que deve totalizar seis cartilhas informativas na intersecção entre saúde mental e proteção a pessoas portadoras de sofrimento.

Esta primeira cartilha contou com o engajamento de um grupo de alunas do Prismal, capitaneado por Lis Meire Pedrosa Brasileiro, co-autora deste trabalho. Ressalte-se também a parceria com o curso de Psicologia da Universidade de Pernambuco, por meio do professor e médico psiquiatra Franco Andrei da Cunha Junqueira, que demonstrou imensa

sensibilidade com as escolhas temáticas deste projeto e colaborou com as necessárias reflexões sobre a temática dos direitos humanos, além de fazer a revisão do texto no que concerne aos aspectos médicos.

Ressaltamos, ainda, a parceria entre o Prismal e o curso de Direito da Universidade de Pernambuco, campus Arcoverde, que fez a pesquisa sobre normas jurídicas que protegessem e assegurassem direitos aos portadores de esquizofrenia.

Agradecemos a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para esta divulgação, de forma a partilhar reflexões e conhecimentos para levar informações a quem nem sempre tem acesso ou compreende textos de lei esparsos e não tão claros.



1

O QUE
É ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico, que provoca alterações no modo como o indivíduo se comporta, pensa e sente. Ainda em relação à definição de esquizofrenia, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), nos blocos F.20 a F.29, apresenta os transtornos esquizofrênicos tais quais trazem como características as inadequações de pensamento, percepção e afetos. Dessa forma, entende-se que é um transtorno psiquiátrico complexo, que pode aparecer entre o final da adolescência e o final da vida adulta, acometendo cerca de 1% da população. Estimadamente, pode surgir na faixa etária de 10 a 25 anos, entre pessoas do sexo masculino, e de 25 a 35 anos, do sexo feminino (SADOCK, 2016).

1.1 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Esquizofrenia paranoide/parafrenia

Apresenta delírios firmes, com sensação traidora de perseguição por espíritos ou pessoas, seguida de alucinações auditivas (ouve vozes) e perceptivas (ver pessoas ou algo que não estão lá).

Esquizofrenia desorganizada/hebefrênica

Ocorre uma perturbação dos apegos, que se dão de forma superficial; o comportamento é sem nexos, ao mesmo tempo que irresponsável e imprevisível. Isolamento social é outro sintoma desse tipo de esquizofrenia.

Esquizofrenia catatônica

Traz distúrbios psicomotores. O paciente fica parado, com olhar perdido, por um longo período, por exemplo. Tem expressões faciais pouco comuns, postura corporal rígida e tensa. Muitas vezes o indivíduo

fica em uma mesma posição por horas, fala pouco ou não fala. Pode ocorrer agitação na fase mais aguda.

Esquizofrenia simples

Predomina o isolamento social seguido de desinteresse, falta de relações afetivas, mudança na personalidade e/ou ausência de desejo/vontade.

Esquizofrenia atípica/indiferenciada

Agrupa características de todos os tipos, razão pela qual não se enquadra em um tipo específico, por não possuir sintomas que se enquadrem nas já citadas mesmo que ainda possa apresentar as mesmas características.

Esquizofrenia residual

Os sintomas passam de um estágio precoce para um tardio, ou seja, pessoas que tiveram episódios de esquizofrenia e passam a ter somente alguns sintomas. Geralmente, entende-se como consequência dos episódios esquizofrênicos; mais comum falar em restos desses episódios (SADOCK, 2016).

1.2 A LUTA ANTIMANICOMIAL

A luta antimanicomial refere-se a um marco histórico em defesa dos direitos humanos e de pessoas com sofrimento mental. Visa abolir os modelos de práticas assistenciais que violentassem o paciente, pretendendo-se combater os estigmas reiterando que a doença tem tratamento e que os indivíduos conseguem viver dignamente em sociedade. A data é comemorada em 18 de maio, tido como dia em que se mudou o sentido da saúde mental. Essa data marcou a criação

dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que possibilitou tratamento aos pacientes em suas comunidades (LÜCHMANN, 2007).

Com o lema “**por uma sociedade sem manicômios**”, diferentes categorias profissionais, associações de usuários e familiares, instituições acadêmicas, representações políticas e outros segmentos da sociedade questionaram o modelo clássico de assistência, centrado em internações em hospitais psiquiátricos, denunciando as graves violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais e propondo a reorganização do modelo de atenção em saúde mental no Brasil a partir de serviços abertos, comunitários e territorialidades, buscando a garantia da cidadania de usuários e familiares, historicamente discriminados e excluídos da sociedade.

O processo de reforma psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há vários anos. Um dos seus objetivos é a desinstitucionalização, que tem entre seus fundamentos apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico e realizar, quando necessária, a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial das pessoas em situação de internação de longa permanência, objetivando a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011, estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos causados pelo álcool e outras drogas. A RAPS integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UA) e os leitos de atenção integral. Fazendo parte dessa política, o programa De Volta para Casa oferece auxílio financeiro para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

2

ENTENDENDO OS SINTOMAS

De forma geral, os **sintomas de esquizofrenia** caracterizam-se basicamente pela presença de alucinações, delírios, pensamento desordenado (sintomas positivos); e falta de motivação, desinteresse pelo prazer na vida cotidiana, pouco afeto, redução na fala, falta de cuidado de si, diminuição da vontade, agitação motora ou rigidez motora (sintomas negativos), conforme aponta Dalgalarondo (2018).

Dificuldade de raciocínio e concentração, como dificuldade de concentração em atividades cotidianas e mudanças na memória são sintomas cognitivos. Quando tratados, a maioria das pessoas com esquizofrenia, com o tempo, apresenta melhora considerável. É importante lembrar que os sintomas surgem diferenciadamente em cada indivíduo, podendo aparecer de forma lenta ou inesperada, podendo haver surtos e absolvição.



3

**PROCURANDO
AJUDA**

3.1 EXAMES DO ESTADO MENTAL

O diagnóstico se baseia na avaliação abrangente de história clínica e no exame mental, por meio da avaliação de sinais e sintomas característicos do transtorno. Informações oriundas de fontes auxiliares, tais como família, amigos, professores e colegas de trabalho, são muitas vezes importantes. Não existe, até o momento, teste definitivo para detecção de esquizofrenia, sendo o diagnóstico eminentemente clínico.

De acordo com o DSM-5, o diagnóstico da esquizofrenia requer o seguinte:

- \geq Dois sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) por porção significativa em um período de seis meses (os sintomas devem incluir pelo menos um dos três primeiros).
- Sinais atenuados da enfermidade com prejuízos sociais, ocupacionais ou de cuidados pessoais evidentes pelo período de seis meses, incluindo um mês de sintomas ativos.

Diagnóstico diferencial

Psicose decorrente de outros distúrbios médicos ou por abuso de substâncias deve ser descartada por história e avaliações, as quais incluem exames laboratoriais e estudos de neuroimagem (avaliação médica do paciente com sintomas mentais). Embora alguns pacientes com esquizofrenia apresentem anormalidades da estrutura cerebral nos exames de imagem, elas não são suficientemente específicas para ter valor diagnóstico.

4

**ADESÃO
AO TRATAMENTO**

4.1 FÁRMACOS UTILIZADOS

Os fármacos indicados são, primeiramente, os antipsicóticos, sejam de primeira geração (APG) ou típicos, ou os antipsicóticos de segunda geração (ASG) ou atípicos. Os dois tipos têm eficácia comprovada, sendo que os de primeira geração reduzem os sintomas positivos, como delírios e alucinação; os de segunda geração também atuam nos sintomas negativos. A diferença está nos efeitos colaterais, que nos medicamentos de segunda geração são menores (MEDCURSO, 2018).

Os antipsicóticos de segunda geração são considerados uma inovação na ciência. São medicações mais bem toleradas e eficazes no tratamento de sintomas negativos, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários. Porém têm alto custo (BRASIL, 2004).

4.2 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

A intervenção psicossocial em pacientes com esquizofrenia é importante no tratamento, independentemente da fase em que o indivíduo se encontra no transtorno. Os objetivos principais dessas intervenções são a redução dos sintomas da esquizofrenia.

- Redução da vulnerabilidade do indivíduo e alívio das influências adversas dos fatores estressores;
- Promoção e melhora na capacidade de comunicação e enfrentamento da doença;
- Melhora na qualidade de vida do indivíduo doente e de toda a família.



5

**COMO LIDAR
COM O SUJEITO
EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO**

A experiência vivida por cada ser humano é de ordem singular, única. Os processos psicológicos de adoecimento devem ser compreendidos e respeitados pela sociedade. Todos somos cidadãos e ocupamos um espaço importante na comunidade, na escola, no trabalho, na família, etc. A pessoa em sofrimento mental vivencia experiências de dor e angústia por motivos diversos em sua vida e, portanto, necessita de atenção e afeto de todos que o rodeiam.

O acolhimento e a compreensão são essenciais, assim como o tratamento especializado. Lembre-se que em saúde mental, o incentivo é fundamental para que a pessoa se sinta acolhida e busque serviços especializados.

É recomendável que a pessoa que se relaciona ou convive com a pessoa acometida por esse tipo de adoecimento mental tenha paciência, atenção e empatia. Não precisa ter medo. Fique atento ou atenta ao que ele ou ela expressa verbalmente, a forma como se comunica. É uma narrativa muitas vezes desconexa, mas que faz parte de seu processo psicológico. Portanto, não julgue. Ouça, acolha e seja simpático, pois ele(a) entende, de forma particular, tudo que está ao seu redor.

5.1 COMO SE COMUNICAR COM A PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA

- Apresente-se de modo claro e objetivo, informando o seu nome.
- Não a trate como uma pessoa que não tem instrução, ou seja, sem inteligência.
- Não a exclua do convívio da família, dos amigos, do trabalho, da sociedade como um todo.

- Demonstre que está disponível para conversar, trocar uma ideia, fornecer informações.
- Não a aborde com perguntas sobre as causas de estar com determinado transtorno; deixe que ela se expresse, se houver interesse em falar.
- Evite constrangê-la com perguntas indiscretas; isso pode aborrecê-la e lhe causar mais angústias.
- Expresse calma, empatia e afeto em sua fala durante toda a comunicação.
- Procure fazer o melhor para ajudar.
- Cordialidade e atenção são fundamentais na comunicação com a pessoa em estado esquizofrênico.

5.2 SENTIR E REFLETIR

Sinta que a forma de ela se comunicar é diferente da maioria das pessoas, mas não significa que não terá possibilidades de cura, regulação emocional e transformação em sua vida. É importante não rotular, mas aceitar e perceber os seus sentimentos, sem julgamento, para compreender e refletir sobre a importância da pessoa em sofrimento psíquico ser aceita, acolhida, compreendida e respeitada.

6

**IMPORTÂNCIA
DO APOIO
FAMILIAR**

Desde o início de sua história, a sociedade estabeleceu padrões e conceitos de normalidade, os quais estimulam a segregação das pessoas em sua diversidade por meio de preconceito racial, de gênero, classe social e discriminação de muitas outras populações ditas “fora de um padrão estabelecido”. A pessoa acometida de alguma problemática psicológica também enfrenta esses desafios de inclusão.

O portador de esquizofrenia não deve ficar à margem da sociedade, isolado, destinado ao isolamento social, familiar e educacional, muito menos sua doença deve ser rotulada como uma “incapacitante”. Deve-se estabelecer tratamento humanitário, incorporá-lo aos programas sociais e sobretudo valorizar a vida, garantindo-lhe o direito de cidadão. Hoje, esse se tornou um problema de saúde pública e nós, cidadãos, devemos fornecer a essa população, por meio de nossa comunicação e relacionamento, qualidade de vida social e psicológica.

O isolamento social agrava a doença, além de dificultar a comunicação com a família e a sociedade. O apoio familiar é fundamental, pois se trata do vínculo mais forte e presente, estimulando o doente a ser participante, protagonista do processo de tratamento. A família também precisa de cuidado psicológico quanto ao manejo e à condução do tratamento do paciente, pois é um grupo que se relaciona entre si. As mães, em especial, na maioria das vezes são as responsáveis principais quanto ao acompanhamento dos filhos portadores de esquizofrenia.

Essa missão de cuidar, aceitar e entender tal demanda gera esgotamento mental e físico, uma vez que o doente necessita de muita atenção e compreensão. Na maioria das vezes, essas mães têm de lidar com o preconceito da sociedade. Muitas narrativas atribuem culpa às mães por seus filhos estarem adoecidos psicologicamente. Isso, no entanto, não condiz com a verdade. O motivo pelo qual a pessoa adquire tal problema psiquiátrico é multifatorial. As mães devem ser apoiadas e acolhidas. Muitas delas deixam de lado a profissão e outros assuntos pessoais em prol do cuidado e da atenção aos filhos.

6.1 COMO A FAMÍLIA DEVE CONDUZIR E APOIAR UM MEMBRO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA

- Tenha paciência.
- Não desista de levá-lo à rede de tratamento, pois ele ou ela precisarão ser conduzidos.
- Não o isole ou prenda em algum cômodo da casa; se você fizer isso, estará violando um direito de cidadão, de conviver com as pessoas.
- Não tenha vergonha de seu familiar portador de esquizofrenia; ele ou ela precisa muito do seu olhar e afeto no percurso de vida.
- Se ele ou ela demonstrar agressividade, algo o está aborrecendo ou gerando desconforto. Sendo assim, leve-o ao médico, busque ajuda. Mas lembre-se: agressividade gera agressividade; não bata, não grite. Lembre-se do direito à vida com dignidade.
- Pessoas necessitam de afeto. Seu familiar conta com você para apoiar, amar e ser amado. A cura vem pelo afeto, pela atenção e pelo cuidado.

7

**COMO AJUDAR
E QUEM PROCURAR
QUANDO A PESSOA
ESTÁ EM CRISE**

Não podemos prever quando o sujeito entrará em um surto de esquizofrenia. Também não podemos prever a frequência (se só correrá uma vez ou outras vezes ou, ainda, se terá crises constantes). A intensidade dos sintomas dependerá de fatores variados, conectados a situações estressantes no ambiente. É difícil identificar se o surto irá durar poucos instantes ou muitas horas. Os surtos podem durar dias, meses, a depender da situação do paciente.

Destacamos que um surto de esquizofrenia pode acontecer quando os pacientes passam por processos de luto ou perda de pessoas próximas. Seguir precisamente o tratamento aumenta a possibilidade de não se desencadearem crises. Por isso, é essencial consultar o psiquiatra regularmente. Diante da incerteza na manifestação dos sintomas, mesmo seguindo a medicação rigorosamente, podem ocorrer recaídas.

8

**NOVE
MANDAMENTOS
QUANDO ALGUÉM
ESTÁ EM SURTO**

1. Não discuta;
2. Não expresse irritação ou raiva;
3. Não grite, não fale alto;
4. Não haja com ironia diante da situação;
5. Tente reduzir os estímulos do ambiente (desligue a TV, rádios, luzes fluorescentes que ficam piscando, etc.);
6. Deixe o ambiente calmo. Caso receba visitas, é importante pedir para que se retirem;
7. Evite contato olho a olho, por muito tempo. Não sabemos quais sintomas estão presentes durante o surto;
8. Faça o possível para não o/a tocar;
9. Peça para o indivíduo sentar e tente conversar, para que ele possa se acalmar. Mostre que está ali para ajudar, que ele pode contar com você.



9

**SINAIS
DE ALERTA**

- Insônia;
- Retraimento social;
- Deterioração da higiene pessoal;
- Paranoia constante;
- Hostilidade;
- Desaparecimentos estranhos;
- Alucinações;
- Discurso sem sentido.



10

**DICAS
VALIOSAS**

1. Eduque-se. Compreender a esquizofrenia e todo seu tratamento irá permitir tomar decisões sobre a melhor forma de lidar com os sintomas. Além disso, poderá incentivar seu familiar a buscar estratégias de ajuda e aprender a lidar com contratempos — possibilitando, com isso, uma melhor direção rumo à recuperação.

2. Reduzir o estresse. O estresse pode causar o agravamento dos sintomas da esquizofrenia. Por isso, é importante criar um ambiente estruturado e de apoio. Quando o surto está presente, o cérebro fica em “modo defesa” — qualquer coisa pode ser gatilho para agressão.

3. Definir possibilidades realistas. É importante deixar claros todos os desafios da esquizofrenia. Ajude a pessoa a definir e atingir metas gerenciáveis, atividades que possam executar. Isso vai contribuir para que ela possa autorregular-se e seja paciente com o ritmo de recuperação e a execução das metas.

4. Capacite o paciente. Tenha o cuidado de não assumir o controle e fazer coisas pela outra pessoa, tendo consciência do que ela é capaz de fazer. Ofereça apoio para promover a independência e a autoajuda.

5. Linguagem não verbal. Perceba o comportamento. Verifique nos movimentos corporais se há sinais de agressividade, impaciência ou angústia.

11

**INCLUSÃO
SOCIAL**

Como proposta da Reforma Psiquiátrica, a inclusão social de pessoas com transtorno mental é vista não só como possível mas como necessária enquanto tratamento e produção de vida, valorizando o indivíduo no seio da comunidade e promovendo a cidadania de sujeitos historicamente tutelados. Dessa forma, como construir estratégias de inclusão social considerando sempre as especificidades da doença, o contexto sócio-político-cultural, familiar e a territorialidade?

A Lei 10.216/2001 garante políticas públicas que viabilizem o acesso da população à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os serviços que a compõem estão na atenção primária, na rede de urgência e emergência, na rede ambulatorial especializada e hospitalar, na atenção psicossocial e na vigilância em saúde. Esses espaços constituem uma identidade coletiva orientada para uma ação política dirigida à conquista de maior visibilidade social dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Serviços como as residências terapêuticas, pertencentes ao processo de desinstitucionalização desenvolvido com a Reforma Psiquiátrica, surgem como possibilidade de moradia a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, com a proposta de devolver a cada morador e moradora que ali chega dignidade, afeto, autonomia, liberdade, lazer, cuidado efetivo e afetivo, na medida em que proporciona a reinserção dessas pessoas na comunidade. São casas com cuidadores 24 horas que auxiliam na retomada da autonomia em questões cotidianas simples, nos estudos, contato familiar e cuidado consigo e com o ambiente em que moram, acolhendo usuários e usuárias com dois anos ou mais de internação, chegando a décadas quando abandonados pelos próprios familiares.

Como centros de convivência, os CAPS promovem o cuidado em liberdade por meio dos múltiplos saberes de suas equipes multidisciplinares, do afeto entre usuários e usuárias com histórias de vida semelhantes, na construção de seu próprio Projeto Terapêutico Singular. Com isso, os atendidos ganham novas possibilidades de se perceber e se encontrar frente à nossa sociedade normativa, estando

cientes e seguros de seus direitos, devidamente resguardados. Nesses centros, o tratamento vai além dos aspectos clínicos, oferecendo diversas opções de grupos e atividades, eventos sociais e passeios, o que favorece o encontro entre pessoas e a formação de vínculos e amizades. Nos CAPS, muitas vezes os relacionamentos parecem acontecer de forma diferente do que ocorre em outros locais. Os usuários sentem-se respeitados e não são desvalorizados pelo fato de serem pessoas com transtornos mentais. Esse atendimento favorece não apenas opções de relacionamentos, mas também a possibilidade de criá-los com qualidade, de forma que os usuários possam vivenciar relações de trocas igualitárias. Contudo, esse não deve ser o único espaço destinado a promover a inclusão, daí a importância de referenciar outros equipamentos da RAPS e ambientes comunitários, como associações, espaços religiosos, esportivos, etc.

Os ambulatórios de saúde mental oferecem acompanhamento psicológico e psiquiátrico de qualidade, além de assegurar autonomia na busca pelo tratamento. Grupos de convivência disponibilizados por serviços de assistência social como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) acolhem e possibilitam trocas, fortalecendo as relações interpessoais. As Academias da Cidade, serviço promovido pela atenção primária, resgatam o bem-estar físico e emocional a partir de exercícios físicos, ar livre e socialização, tornando-se espaço de reinserção social de usuários com esquizofrenia, considerando a vasta força criativa presente na história deles.

Dispositivos de formação e trabalho são lugares em que se notam e se fortalecem as potencialidades de pessoas com esquizofrenia, que têm direito legal de acesso ao mercado de trabalho. O Projeto de Lei 4.918/19 estabelece direitos e garantias às pessoas com transtornos mentais e inclui expressamente a esquizofrenia no rol das pessoas com deficiência. O texto altera a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01) para prever direitos e garantias, entre os quais:

exercer atividade profissional; ser incluído em políticas de reserva de vagas de trabalho em pessoas jurídicas de natureza pública e privada, visando à inclusão profissional; direito à igualdade de oportunidades de emprego, assegurada proteção contra a exploração e demissão do trabalho exclusivamente por motivo de transtorno mental.

A lei também assegura direito automático à reserva de vagas em instituições federais de ensino (IFEs), nos termos da Lei de Cotas; às bolsas do Programa Universidade para Todos (Prouni) e à reserva de vagas nos concursos públicos. A proposta acrescenta que constitui crime de discriminação contra a pessoa portadora de transtorno mental, com pena de reclusão de dois a quatro anos: proibir o acesso a qualquer cargo ou concurso público por motivos derivados de seu transtorno mental; negar, sem justa causa, emprego ou trabalho pelo mesmo motivo.

Pessoas com transtornos mentais estão corriqueiramente tentando se inserir e se encaixar na sociedade. Apesar dessas limitações, é importante frisar que o principal fator de inclusão social dos esquizofrênicos é o de aspecto familiar (relação família-usuário/a). A família, como núcleo primário de acolhimento daquele sujeito antes mesmo de seu processo de adoecimento, precisa compreender e aceitar a situação, sobretudo considerando que a esquizofrenia é apenas uma forma de existir daquela pessoa amada e que, como toda e qualquer doença, vai requerer cuidados específicos, limites impostos, mas acima de tudo empatia e afeto. Como causa de ruptura com o real, a esquizofrenia torna-se um sofrimento para a pessoa que não consegue se fazer entender ou compartilhar sua nova cosmovisão com quem se ressentido, nega-se e tenta adaptá-lo ao antigo padrão, considerado saudável.

A partir do entendimento de que é preciso abertura e reestruturação familiar para acolher uma pessoa com esquizofrenia, as portas da inclusão social se abrem com mais efetividade.

A rede de relações que oferece suporte a uma pessoa na sociedade não se restringe à família, mas inclui todos os vínculos significativos

do sujeito: amigos, relações de trabalho, de estudo e na comunidade. Sua identidade se expressa nesse conjunto de pertencimentos e, a partir dessa interação social, baseia-se em ter algo a oferecer aos demais. Considerando a importância das redes de apoio na inclusão social das pessoas com esquizofrenia, essa é uma questão que deve ser tratada pelos profissionais e serviços de saúde mental.

O atual desafio dos profissionais da saúde é contribuir para a conscientização da sociedade de que diferentes olhares podem ser somados na construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Cada profissional tem um papel importante nessa proposta. Aceitar a pessoa com esquizofrenia, respeitá-la e compreendê-la como um ser em sofrimento constante, que deverá ser tratado pelo profissional da saúde, talvez seja o primeiro dos muitos passos em direção a um caminho mais acolhedor e terapêutico, compreendendo que excluí-la da sociedade e de seu próprio formato de cuidado é minar seus recursos de sobrevivência emocional.

Aos demais cidadãos e instituições, incluindo as judiciárias, fica a tarefa de entender que o sofrimento psicológico é algo que existe em todos nós e se manifesta de diferentes maneiras e intensidades. Isso nos permite compreender que a pessoa com esquizofrenia precisará de ajuda, apoio e tratamento adequados. Tal compreensão é papel não só da família e dos trabalhadores de saúde mental, mas de toda a sociedade. É passada a hora de reinventar novas formas de ver, tratar, aproximar-se, colocar limites, ajudar, afastar-se; enfim, de lidar no dia a dia com as pessoas portadoras de transtornos mentais que estão à sua volta, em um processo dialético de exclusão e inclusão social.

O olhar esquizofrênico da vida é diferente, mas enriquece a visão cansada da nossa civilização permeada de normose, carente de compreensão, afeto e solidariedade. A partir de interações positivas, a sociedade poderá transformar suas concepções sobre o adoecimento mental e criar um contexto mais favorável para a inclusão social da pessoa com esquizofrenia.



12

**GRUPOS
DE APOIO**

O ser humano é um ser de relação. É na convivência, no amparo pelo olhar do outro, que nos reconhecemos, apropriamo-nos de quem somos e de como existimos no mundo. Por essa razão, toda proposta de cuidado em saúde mental que priorize a segregação e o isolamento deve ser refutada, na medida em que o outro pode oferecer continência, suporte, orientação, acolhimento, afeto, respeito. Isso tem se mostrado um importante recurso terapêutico, associado ao tratamento farmacológico, na recuperação e reabilitação da pessoa com esquizofrenia. Por meio de abordagens educativas, suportivas, interpessoais ou dinâmicas, visa recuperar o indivíduo nos níveis psíquico, interpessoal e social.

Neste tópico, serão apresentadas propostas de cuidado realizadas em grupos, seus diferentes tipos, recursos utilizados e resultados possíveis, baseados em estudos e observações empíricas.

O grupo de apoio é um importante instrumento de inclusão social de usuários e usuárias com esquizofrenia. Auxilia na redução dos sintomas relacionados à crise, no aumento das potencialidades individuais de cada paciente e na possibilidade de estimular a criação de laços sociais entre psicóticos, sendo espaços seguros para expressividade, escuta e ressonância entre os membros participantes. A troca de experiência proporciona maior confiança e esperança, gerando melhora nos quadros de adoecimentos (ZIMERMAN E OSÓRIO, 1997).

Em grupos terapêuticos, é possível perceber benefícios como a remoção dos sintomas, alívio das ansiedades e resolução de crises. Além disso, permitem uma melhor adaptabilidade nas inter-relações familiares, profissionais e sociais e a manutenção de um estado de equilíbrio psíquico no caso dos pacientes psicóticos.

Os grupos podem ser de apoio, terapêuticos, operativos. Todos podem resultar em benefícios aos seus membros no cuidado em saúde mental. No caso de usuários e usuárias com esquizofrenia, há de

se perceber no seu psiquismo um grau de ruptura com a realidade. O juízo crítico e o senso de realidade, principalmente em situações de crise, estão seriamente prejudicados e a maioria apresenta alterações na sensopercepção, com alucinações auditivas e visuais. Por isso o tratamento de esquizofrênicos deve levar em conta a invenção de recursos que possibilitem minimamente a sua ligação com o outro, na expectativa da construção de um laço que leve em consideração a construção de respostas, pelo sujeito psicótico, para aquilo que os invade.

Discutir formas de suportar, modificar ou compreender melhor as situações vividas pelos usuários pode ajudá-los a ter uma melhor evolução na doença. Algumas estratégias usadas são a busca de solução de problemas e o planejamento de metas, obtidos pela orientação direta do facilitador ou por discussões grupais, experienciando contatos positivos.

12.1 O PAPEL DO FACILITADOR

O facilitador deve inicialmente pensar ações de cuidado de forma horizontal, construindo, em conjunto com os membros, momentos de acolhimento, compreensão e orientação dos discursos emergentes, ou seja, coordenar ativamente as sessões. A fala deve ser concreta e de fácil entendimento, aproximando-se ao máximo do universo e da linguagem dos pacientes. Algumas intervenções possíveis são: afirmação, conselho, validação, encorajamento, reforço, clarificação, confrontação, elaboração e atribuição de significado. O processo de interpretação é um caso especial de atribuição de significado. Tem geralmente o sentido de tornar conscientes pensamentos e sentimentos anteriormente inconscientes. Ao facilitador, é necessário conter, compreender, processar e devolver em palavras ou atitudes o que está sendo vivenciado no grupo.

Também é necessário considerar, nas intervenções grupais, os objetivos. Para a formação de grupos novos, é interessante buscar a maior homogeneidade possível, seja nas características individuais de cada paciente ou em suas necessidades, para assim facilitar a coesão.

12.2 OS TIPOS DE GRUPOS

Os grupos se subdividem em tipos e os mais utilizados como proposta de cuidado em saúde mental são os operativos, cuja finalidade é fazer com que seus membros desenvolvam uma tarefa comum. Os grupos comunitários, promovidos em espaços como os CAPS com mulheres, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, têm caráter preventivo, de tratamento ou reabilitação. Já nos grupos de autoajuda o perfil é homogêneo, ou seja, são destinados a pessoas que passam pelas mesmas questões. O objetivo é oferecer suporte a partir de experiências semelhantes compartilhadas.

Os grupos psicoterápicos têm característica própria, com direcionamentos terapêuticos e priorizando o sujeito em sua singularidade no presente. Podem ser abertos, sem número limitado de participantes, fechado com quantitativo específico. Homogêneos são grupos de mulheres ou homens com sintomas depressivos ansiosos, ou seja, que atendem a uma categoria com necessidades similares. Grupos heterogêneos têm amplitude de abrangência (por exemplo, usuários de saúde mental acometidos por transtornos distintos).

Importante frisar que todos esses grupos, se bem realizados, podem resultar em benefícios terapêuticos ou terapeutizantes. Para tanto, requer profissionais habilitados e suporte familiar, que facilite o acesso do usuário aos serviços de saúde e possibilite a continuidade do cuidado integral fora do ambiente grupal.

Para que um grupo se desenvolva em todas as suas nuances nas instituições de saúde pública, vale ressaltar que a manutenção dos dispositivos de saúde mental seja considerada por quem garante suas políticas públicas. Nesse sentido, faz-se necessário citar Barreto (2005):

Nesse sistema, os dispositivos assistenciais não se organizam verticalmente, mas em redes horizontais; dispõem-se sem a rigidez dos protocolos, mas com a criação permanente de formas de acolhida sintonizadas com a diversidade da apresentação da demanda; substitui os critérios de exclusão por programas de inclusão; convoca os usuários e trabalhadores de saúde mental a protagonizarem, de acordo com as especificidades dos diferentes saberes, projetos terapêuticos e de reinserção coletivos; capilarizam-se no território menos para detectar sintomas mentais do que para ativar os recursos não-protocolares de superação dos dilemas e impasses vivenciais. Nesse modelo não prevalece a preocupação de “normalizar” os indivíduos para habilitá-los ao jogo social, mas a imbricação do trabalho clínico com o usufruto da cidadania tendo as feições do local em que eles vivem. A esse modelo não se sobrepõe a grade da prevenção clássica, com quem pode caminhar junto, mas *non passibus aequis* (não com passos iguais). Prevenção, diz Franco Rotelli, “não pode ser outra coisa senão prevenção da instituição, e do seu poder de etiquetamento, sequestro, expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade” (ROTELLI *et al.*, 2001, p.71).



13

**MEDICAMENTOS
OFERECIDOS
PELO SUS**

Além dos antipsicóticos de primeira geração (típicos), o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais oferecem um programa de dispensação de medicamentos excepcionais, entre os quais antipsicóticos de segunda geração (ou atípicos), para pacientes que não melhoram ou não toleram os efeitos colaterais dos antipsicóticos de primeira geração.

Os antipsicóticos de segunda geração incluídos na lista são os seguintes:

- Risperidona (Risperdal)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Clozapina (Leponex)
- Quetiapina (Seroquel)
- Ziprasidona (Geodon)

Esses medicamentos são fornecidos gratuitamente pelo governo por meio de um programa conhecido como Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (Portaria 1.554).

O paciente deve estar inserido nos critérios do programa e precisa de um laudo médico e receita confirmando a necessidade do referido medicamento. Um formulário (LME), encontrado nas unidades de saúde, deve ser preenchido e carimbado pelo médico assistente.

13.1 PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Obtenção de medicamentos de baixo custo pelo SUS

Para conseguir os remédios de alto ou baixo custo, é necessário ter o Cartão Nacional de Saúde, que pode ser obtido em uma unidade de saúde da Prefeitura próxima à sua residência, levando cópias do CPF, RG e comprovante de residência. Esse cartão acelera a marcação de consultas e exames.

Para retirar os medicamentos, basta se dirigir ao posto de saúde da Prefeitura mais próximo à sua residência, portando RG, Cartão do SUS e a receita médica do medicamento.

Obtenção de medicamentos de alto custo pelo SUS

Diferentemente dos remédios anteriores, no caso dos remédios de alto custo é necessário se informar sobre esse serviço na unidade de saúde em que foi consultado ou onde obteve o laudo médico, pois apenas neles é possível fazer o pedido do medicamento.

Ao se dirigir ao endereço indicado, é necessário portar RG, Cartão do SUS, PIS/PASEP (se possível), o formulário (LME) preenchido pelo médico e as duas vias da receita médica do medicamento de alto custo.

O laudo médico que solicita, avalia e autoriza os Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, em geral, é fornecido e preenchido pelo médico. Se ele não fornecer, o formulário deve ser solicitado na unidade de saúde próxima ao local onde o paciente mora, para que o médico preencha as informações necessárias.

Ao solicitar o medicamento, é importante pedir uma cópia do protocolo. O paciente será avisado por telegrama sobre quando e onde retirar o medicamento. Não há prazos para a entrega, que pode ser feita na hora, em alguns dias ou em três meses.

O remédio de alto custo deve ser retirado mensalmente, durante três meses, sempre com uma nova receita médica. Depois desse período, é necessário refazer a solicitação por mais três meses, repetindo todo o processo.

13.2 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS: COMO CONSEGUIR OS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO PARA USO CONTÍNUO

Os medicamentos de alto custo e de uso contínuo estão cadastrados no Programa de Medicamentos Excepcionais. Em razão do custo elevado e por precisar ser usado por muito tempo, sua dispensação segue regras e critérios específicos, como diagnóstico, monitorização/acompanhamento, esquemas terapêuticos, entre outros.

Todos os medicamentos constam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Para a dispensação desses medicamentos, é necessário, além dos critérios mencionados: que o medicamento conste no Programa de Medicamentos Excepcionais, que atenda o protocolo clínico do Ministério da Saúde e o termo de consentimento. Depois o usuário é cadastrado no Programa de Medicamentos Excepcionais para recebê-los.

Figura 1 – Exemplo de relatório médico para acompanhamento de medicação usada por paciente no DF



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO Esquizofrenia, TAB Tipo I e Transtorno Esquizoafetivo	
Nome paciente:	
Data de nascimento:	CID:
Medicação solicitada, dose e quantidade (não é possível associação de antipsicóticos)	
Indicação do medicamento: início do tratamento, refratariedade a outras alternativas (quais já foram usadas e por quanto tempo?), efeitos adversos intoleráveis a outros medicamentos (quais?). <i>Em caso de TAB tipo I, identificar se é para tratamento de episódio de mania, depressão ou agitação psicomotora.</i>	
Critérios de inclusão: descrição detalhada dos sinais e sintomas que caracterizam os episódios do transtorno, conforme DSM-5, bem como período do início, duração e gravidade e presença de outras doenças associadas. <i>Em caso de esquizofrenia, relatar os sintomas de maior e menor hierarquia presentes. Para TAB tipo I, é necessário caracterizar os episódios de humor.</i>	

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____

Data: ___/___/___

Fonte: Secretaria de saúde do Distrito Federal, 2022.

Figura 2 – Termo de esclarecimento e responsabilidade sobre o uso de risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
RISPERIDONA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA E CLOZAPINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina, indicadas para o tratamento da esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:


- Clozapina: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável);
 - Risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina: medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
 - Clozapina: contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após);
 - efeitos adversos mais comuns da risperidona: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, ganho de peso;
 - efeitos adversos mais comuns da quetiapina: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
 - efeitos adversos mais comuns da ziprasidona: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação;
 - efeitos adversos mais comuns da olanzapina: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
 - efeitos adversos mais comuns da clozapina: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);
 - medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.
- Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato: () Sim () Não
- Meu tratamento constará do seguinte medicamento:
() risperidona () quetiapina () ziprasidona () olanzapina () clozapina

Local:		Data:	
Nome do Paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal			
Médico responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data:			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Fonte: Secretaria de Saúde de Campinas, 2022.

Figura 3 – Orientações sobre as medicações disponíveis no Distrito Federal para tratamento de esquizofrenia



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde

ESQUIZOFRENIA
Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013


Ligar para o número 160 (opção U3) ou 0800 644 0160 para usuários não residentes no DF e agendar horário para entrega dos documentos abaixo. Somente o paciente pode fazer a solicitação inicial de medicamentos no CEAF, com exceção daqueles declarados incapazes (campo 13 do LMI).

Informações Gerais

Medicamentos	<p>Clozapina 25 mg e 100mg (comprimido)</p> <p>Olanzapina 5 mg e 10mg (comprimido revestido)</p> <p>Quetiapina 25 mg, 100mg e 200mg (comprimido)</p> <p>Risperidona 1 mg, 2mg e 3mg (comprimido)</p> <p>Ziprasidona 40 mg e 80mg (cápsula)</p>
CIDs contemplados	<p>F20.0 - Esquizofrenia paranoide</p> <p>F20.1 - Esquizofrenia hebetônica</p> <p>F20.2 - Esquizofrenia catatônica</p> <p>F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada</p> <p>F20.4 - Depressão pós-esquizofrênica</p> <p>F20.5 - Esquizofrenia residual</p> <p>F20.6 - Esquizofrenia simples</p> <p>F20.8 - Outras esquizofrenias</p>
Quantidade máxima mensal	<p>Clozapina: até 800mg/dia, até:</p> <p style="padding-left: 20px;">Clozapina 25 mg: até 992 comprimidos/mês;</p> <p style="padding-left: 20px;">Clozapina 100 mg: até 248 comprimidos/mês;</p> <p>Olanzapina: até 30mg/dia, até:</p> <p style="padding-left: 20px;">Olanzapina 5 mg: até 186 comprimidos/mês;</p> <p style="padding-left: 20px;">Olanzapina 10 mg: até 93 comprimidos/mês;</p> <p>Quetiapina: até 800mg/dia, até:</p> <p style="padding-left: 20px;">Quetiapina 25 mg: até 992 comprimidos/mês;</p> <p style="padding-left: 20px;">Quetiapina 100 mg: até 248 comprimidos/mês;</p>

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022.

Figura 4 – Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos usado no SUS



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante							
3- Nome completo do Paciente*				5- Peso do paciente* kg		6- Altura do paciente* cm			
4- Nome da Mãe do Paciente*									
		7. Medicamento(s)*		8. Quantidade solicitada*					
				1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1									
2									
3									
4									
5									
6									
9- CID-10*		10- Diagnóstico							
11- Anamnese*									
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*									
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____									
13. Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>									
14- Nome do médico solicitante*								17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*						16- Data da solicitação*			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____									
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação								20- Telefone(s) para contato do paciente	
21- Número do documento do paciente								25- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS									
22- Correlativo eletrônico do paciente									

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Fonte: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

Figura 5 – Guia de orientação ao usuário do uso de Componente Especializado de Assistência Farmacêutica fornecido pela Secretaria Executiva de Atenção à Saúde de Pernambuco

Guia de Orientação ao Usuário

Elaboração: 2016	Última revisão: 19/02/2020	Próxima Revisão: 02/2022	Revisão: 3
ESQUIZOFRENIA			
CID 10: F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8 Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 CID 10: F20.0; F20.1, F20.2; F20.5; F20.5 NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 24/2013			
Informações Gerais			
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.			
Medicamentos CEAF - NT		Medicamentos CEAF - PCDT	
Aripripazol 15 e 30 mg, comprimido;		Clozapina 25 e 100 mg, comprimido; Olanzapina 5 e 10 mg, comprimido; Quetiapina 25, 100, 200 e 300 mg, comprimido; Risperidona 1, 2 e 3 mg, comprimido; Ziprasidona 40 e 80 mg, cápsula;	
Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)			
<input type="checkbox"/> Carteira de identidade com foto (RG) <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde (CNS) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos			
Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)			
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Roteiro de Avaliação (Para pacientes que fazem uso de medicamentos contemplados pelo PCDT); <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade		<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, para o caso de mudança de tratamento;	
Os pacientes deverão contar com um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ou seu vínculo de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.			
Para o recebimento da medicação (mensal)			
<input type="checkbox"/> Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até 60 dias por receita Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.			
Exames			
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial Para Aripripazol (NT): <input type="checkbox"/> Avaliação clínica informando os medicamentos anteriormente utilizados, o período de utilização. Para Clozapina: <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> ALT-TGO(Transaminases Glutâmico Pirúvica) <input type="checkbox"/> AST-TGO(Transaminases Glutâmico Oxalacética) <input type="checkbox"/> Creatinina sérica Para Ziprasidona: <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Magnésio sérico		<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses Para Clozapina: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas. Para Aripripazol: <input type="checkbox"/> Avaliação clínica em laudo médico quando necessário.	
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.			

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção à Saúde de Pernambuco, 2022.



14

**ANÁLISE GERAL
SOBRE OS DIREITOS
DOS PORTADORES
DE ESQUIZOFRENIA**

Trataremos agora de alguns direitos das pessoas portadoras de esquizofrenia. Podemos iniciar ressaltando que a Constituição Federal, em seu artigo 3º, inciso III, afirma que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a promoção do bem de todos sem qualquer preconceito de origem, raça, cor, sexo ou outras formas de discriminação, incluídas as exercidas contra pessoas com deficiência mental. Logo, constata-se que entre esses objetivos está garantir o bem das pessoas com esquizofrenia.

Nesse sentido, e desejando tornar mais prático o mandamento constitucional, tem-se a lei nº10.216, criada em 6 de abril de 2001, que trata dos direitos às pessoas com algum tipo de tratamento de saúde mental.

A lei tem onze artigos principais que tratam desses direitos. O primeiro diz que todos os direitos das pessoas com problemas mentais (entre as quais os esquizofrênicos) serão protegidos de independentemente de raça, sexo, cor, religião, opiniões políticas, recursos econômicos, idade, família e da própria evolução da doença.

No segundo artigo, as pessoas com esquizofrenia ou outras doenças mentais (além dos familiares) terão acesso a diversas informações quando forem se consultar: toda pessoa que tiver problemas de saúde mental deverá receber tratamentos com o devido respeito e será estimulada a ingressar na sociedade o mais brevemente possível; essas pessoas deverão receber um melhor atendimento e um melhor tratamento no sistema de saúde; todas as informações que essas pessoas fornecerem serão guardadas em segredo; cada pessoa com esquizofrenia ou outra doença mental terá proteção contra qualquer tipo de violência mental ou física; todas terão acesso aos meios de comunicação e acesso aos médicos relacionados às mais variadas áreas, a fim de que lhes forneçam informações quanto à necessidade de internações ou não.

O terceiro artigo assegura às pessoas com esquizofrenia e outras doenças que o Estado é o responsável por promover ações de saúde aos portadores de doenças mentais e propagar o desenvolvimento de políticas de saúde mental. O quarto artigo informa a respeito das internações: elas só ocorrerão quando os recursos médicos, fora dos hospitais, mostrarem-se frágeis e/ou insuficientes. O principal objetivo dessas internações é o tratamento das pessoas e, logo após esse procedimento, colocá-las novamente na sociedade. A partir do momento em que a pessoa for internada, ela receberá assistência médica e psicológica o dia inteiro.

O quinto artigo, ainda relacionado às internações, diz o seguinte: as pessoas com transtornos mentais que estão internadas receberão ajuda da própria instituição para que sejam reinseridos na sociedade. Já o sexto artigo informa que as internações só acontecerão com autorização de algum médico (existe um tipo de internação chamado de compulsória, por meio de autorização judicial, determinada somente em casos excepcionais).

No sétimo artigo consta uma informação muito importante: as pessoas que tiverem esquizofrenia e outros transtornos mentais, e solicitarem a internação, deverão assinar um documento por meio do qual confirmam que realmente quiseram ser internadas. Ainda mais: o oitavo artigo diz que as internações, devidamente autorizadas pelos médicos, deverão manter comunicação direta com o Ministério Público.

O nono artigo se desdobra nas internações determinadas pela Justiça, informando que o juiz que ordenar esse tipo de internação o fará pensando na segurança das pessoas que convivem com o indivíduo doente mental. Caso haja algum tipo de confusão, acidentes ou transferência de uma clínica para outra, os familiares do indivíduo com problema mental serão avisados, conforme o décimo artigo. O décimo primeiro artigo reforça a questão do bem-estar, dispondo que pesquisas científicas envolvendo o paciente somente acontecerão caso algum familiar ou ele mesmo ofereça o consentimento.

Ao contrário do que determina a lei, podemos notar que as pessoas em geral estão cada vez mais desrespeitosas e incapazes de pensar no outro como sujeito de direitos, vendo as diferenças das outras pessoas como permissões para a violência e o preconceito. É preciso, portanto, deixar claro que a Constituição Federal traz em seu primeiro artigo algo muito importante, chamado de dignidade da pessoa humana.

Esse princípio protege a dignidade e a honra de todas as pessoas, incluindo as portadoras de esquizofrenia, logo, dá segurança jurídica e incentivo para que todos desenvolvam e mantenham o respeito uns pelos outros. Alexandre de Moraes, ministro do Supremo Tribunal Federal, diz o seguinte sobre a dignidade da pessoa:

Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar [...] (MORAES, 2006, p. 10, grifo nosso).

Por fim, além desses aspectos mais gerais trazidos pela constituição e pela Lei 10.216, podemos elencar outros pontos mais específicos, referentes a direitos trabalhistas, previdenciários e processuais. Vejamos, a seguir, cada um desses ramos de direitos.

14.1 DIREITOS TRABALHISTAS

A lei está cada vez mais preocupada com os trabalhadores com doenças graves como a esquizofrenia. Nesse sentido, destaca-se o direito de reintegração ao emprego. Quando uma pessoa esquizofrênica ou portadora de qualquer doença grave é dispensada por motivos de discriminação, ela pode recorrer a esse direito, que consiste justamente na possibilidade de retorno ao emprego. Essa proteção se demonstra fundamental, principalmente porque é comum ocorrerem

os famosos casos em que o trabalhador esquizofrênico é despedido sem causa justa explicável (BRASIL, 1995).

Pode-se dizer que o maior motivo a justificar esse direito diz respeito ao preconceito contra as pessoas esquizofrênicas, haja vista ser visível que muitas delas são facilmente trocadas por outros trabalhadores sem tal condição. Isso se revela um absurdo, ação de claro desrespeito à dignidade da pessoa humana. Por isso, a reintegração ao emprego acontece em praticamente todas as vezes que o trabalhador esquizofrênico é demitido quando doente e sob tratamento médico. Nesse caso, como já mencionado, geralmente a dispensa é anulada, permitindo a volta da pessoa ao trabalho.

Ademais, a dispensa sem justa causa das pessoas portadoras de esquizofrenia pode ser considerada abuso de direito potestativo (um “poder” de exercer alguma ação). Nesse caso, o patrão com poder de demitir estaria usando e abusando desse “poder” pelo simples fato de desejar demitir o empregado com esquizofrenia.

Caso o trabalhador exerça funções em alguma empresa e ocorra a dispensa sem justa causa, a própria empresa está violando sua função social. Isso porque tem responsabilidades sociais a cumprir e quando exerce tais dispensas, acaba por ferir o bem-estar da pessoa e o bem-estar social, uma vez que tais demissões, quando ocasionadas em massa, acabam por gerar o enfraquecimento da economia (MARTINS, 2017).

Por fim, é preciso lembrar que a própria Constituição impede qualquer discriminação trabalhista, deixando claro em seu artigo 7, inciso XXXI, ser terminantemente proibida qualquer discriminação com relação a salários ou condição de admissão em empregos — logo, estariam vedados os motivos de discriminação contra pessoa portadora de deficiência mental.

14.2 DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS

Seguindo neste assunto, podemos dizer que as pessoas portadoras de algum transtorno mental têm muitos outros direitos, entre os quais previdenciários e processuais. Os primeiros são relacionados aos benefícios que costumamos ver familiares ou amigos recebendo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), derivados de questões trabalhistas (aposentadoria, doenças ou incapacidades que acabam por impossibilitar o trabalho, pensões por morte, entre outros), enquanto os segundos são relacionados aos instrumentos pelos quais se torna possível o acesso ao Judiciário, facilitando o processo de defesa contra ameaças aos direitos das pessoas com esquizofrenia.

Com relação aos direitos previdenciários, podemos dizer que, em regra, existe a possibilidade de serem concedidos aos portadores de esquizofrenia três tipos de benefícios: auxílio-doença, auxílio por incapacidade e o tão falado Benefício de Prestação Continuada (conhecido como BPC-LOAS). Antes de entrar na compreensão sobre cada um desses benefícios, é preciso primeiro deixar claros alguns conceitos básicos relacionados ao recebimento.

O primeiro refere-se à questão da qualidade de segurado, que pode ser explicada como a condição de ser beneficiário do INSS. Em palavras mais simples, é quando alguém empregado tem parte do salário retirada para contribuir mensalmente com o INSS e, portanto, tem direito a receber benefícios quando necessário (CASTRO e LAZZARI, 2018).

O segundo conceito diz respeito ao chamado período de carência, o qual, segundo a Lei 8.213/91, é o número mínimo de meses com contribuições financeiras que um segurado precisa ter cumprido para ter direito a receber algum benefício do INSS. Como exemplo, cite-se a aposentadoria por tempo de serviço, que só pode ser concedida a quem tenha contribuído por no mínimo 25 anos (DA ROCHA, 2017).

Por último, como terceiro conceito, podemos elencar a questão da incapacidade, que se refere aos benefícios relacionados à saúde do segurado. Nesse sentido, é possível dizer que tem incapacidade aquele indivíduo que não pode mais exercer seu trabalho por causa de algum problema de saúde. Tal incapacidade não se dá somente se o indivíduo tiver alguma doença específica, mas quando ela o incapacita para realizar atividades de trabalho e conseguir produzir seu sustento.

Explicadas essas ideias, vamos entender quando são cabíveis cada um dos benefícios aqui citados. O auxílio-doença é admissível quando o segurado fica incapacitado para o trabalho por mais de 15 dias, sendo que o portador de esquizofrenia é afastado do trabalho em razão dessa questão mental. Por outro lado, quando o segurado esquizofrênico se torna incapaz de se reinserir no trabalho devido a essa condição, será merecedor de outro benefício: a aposentadoria por invalidez, que se dá justamente quando a incapacidade é permanente (ROCHA, 2017).

Cabe ressaltar que nos casos referentes à esquizofrenia não se aplica nenhum período de carência. Segundo o artigo 26 da Lei 8.213/91 (BRASIL, 1991), não cabe o período de carência para concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez nos casos das enfermidades trazidas na lista Ministério da Saúde atualizada a cada três anos. Nela, incluem-se as enfermidades relacionadas à chamada “alienação mental”, que se refere a problemas de saúde mental, incluindo a esquizofrenia. Ou seja, pessoas esquizofrênicas incapacitadas para o trabalho têm a possibilidade de serem beneficiadas pelo INSS antes mesmo de terem contribuído por um tempo determinado.

Por último, com relação ao BPC-LOAS, trata-se de benefício que independe de qualquer período de carência e que pode ser concedido a qualquer pessoa considerada efetivamente incapaz para o trabalho em razão de deficiência ou idade, conforme a Lei 8.742/93 (BRASIL 1993). Para recebê-lo, é preciso que a pessoa prove a incapacidade, tenha seus dados e de sua família inscritos no CADÚnico e possua

condição financeira familiar que, quando dividida para todos os membros do lar, reste inferior a um quarto do salário mínimo.

Ressaltamos que, para conseguir qualquer um desses benefícios, é preciso que passar por perícia realizada pelo INSS, a fim de comprovar a efetiva incapacidade para o trabalho da pessoa com esquizofrenia. Essa perícia pode ser marcada no portal do INSS, no aplicativo Meu INSS e pelo telefone 135.

Por fim, é importante ressaltar que na data da realização do ato pericial devem ser levados os documentos de identificação da pessoa com esquizofrenia, um comprovante de marcação da perícia e, principalmente, laudos médicos que afirmem a existência do referido problema de saúde.

14.3 DIREITOS PROCESSUAIS

Trataremos agora de alguns dos direitos processuais das pessoas com esquizofrenia. O primeiro deles é o evidente e fundamental direito a ampla defesa e ao contraditório (artigo 5, inciso LV da Constituição Federal), ou seja, toda e qualquer pessoa, independentemente de sua condição de saúde, tem direito a se utilizar de todas as estratégias possíveis permitidas por lei para se defender em um processo, com direito de rebater tudo aquilo que é dito contra ela. Qualquer dos direitos aqui tratados, quando desrespeitados, podem ser levados ao Judiciário.

Ademais, a Lei 13.146/2015 (BRASIL, 2015) diz que todas as pessoas com deficiência (incluídas as do tipo mental) têm direito a tramitação processual prioritária, ou seja, terem os processos analisados e decididos mais rapidamente, justamente por causa da necessidade maior.

Outros direitos processuais garantidos às pessoas portadoras de esquizofrenia são aqueles referentes à proteção dos direitos previdenciários. Ao terem negada a realização de uma perícia pelo INSS ou se depararem com um laudo negativo, ou qualquer outro motivo para negação do recebimento do benefício, essas pessoas podem recorrer ao Judiciário para que, caso tenham direito, recebam seu benefício.

Por fim, é preciso falar de uma prática muito comum nos Juizados Especiais Federais, justamente aqueles comumente responsáveis por julgar causas relacionadas aos benefícios previdenciários. Tal prática é denominada atenuação e constitui um costume processual em que os próprios servidores do Judiciário federal, conjuntamente com o interessado, fazem a juntada dos documentos essenciais para a prestação jurisdicional (identidade, comprovante de residência, procuração do advogado e comprovante de indeferimento do INSS) e elaboram a petição inicial (documento que dá início a qualquer processo), fazendo com que, mesmo sem advogado, as pessoas (no nosso caso, as portadoras de esquizofrenia) possam ter acesso ao Judiciário e lutar pelos seus direitos.

CONCLUSÃO

Apesar de nossa sociedade conviver com uma necessidade de normalizar condutas e atos, de ter tantos padrões comportamentais, isso vem causando dor e sofrimento, associados aos profundos estigmas sociais que permeiam o universo de quem é portador de esquizofrenia. Essas pessoas são sujeitos de direitos e devem ter essa condição assegurada e protegida.

Nos últimos anos, o Brasil avançou muito na tutela dos direitos humanos e na proteção de pessoas com transtorno mentais, promovendo políticas públicas de integração e lutando contra a exclusão e a segregação dos portadores de transtornos mentais. A rede de atendimentos é fruto da luta antimanicomial, que traz à tona os direitos da pessoa humana de ter a sua condição e saúde integral preservadas. Nos últimos anos, temos assistido a uma ameaça aos avanços dessa luta, daí a necessidade de conscientizar pacientes e familiares sobre seus direitos e as normas que lhes dão condições de lutar e buscar por uma sociedade mais inclusiva e acolhedora.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Jubel. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 191-198, jul./dez. 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em 06 de maio de 2022.

BRASIL. Lei n° 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm. Acesso em: 02 de maio de 2022.

BRASIL, Lei N° 9.029, DE 13 DE ABRIL DE 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm. Acesso em: 06 de maio de 2022.

BRASIL. Lei n° 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 02 de Maio de 2022.

BRASIL. Lei n° 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 03 de Maio de 2022.

CASTRO, Carlos Alberta Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário**. 21. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

DALGALARRANDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3ª edição. São Paulo: Artmed, 2018.

FARMÁCIA CIDADÃ, disponível em: <https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Cidade%20Estadual/LME%20-%20Atualizado%20-%206%20meses.pdf>. Acessado em: 26 de julho de 2022.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 19ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

PAIM, Isaías. **Curso de Psicopatologia**. 11ª edição revisada e ampliada. São Paulo: EPU, 1993.

PSICOTERAPIA GRUPAL: Classificação dos Grupos. **Portal da educação**. Disponível em: <https://blog.portaleducacao.com.br/psicoterapia-grupal-classificacao-dos-grupos/#:~:text=Grupos%20psicoter%C3%A1picos%20propriamente%20ditos&text=S%C3%A3o%20exemplos%3A%20grupos%20de%20obesos,hist%C3%A9rica%2C%20e%20assim%20por%20diante>.

ROCHA, Daniel Machado da; BALTAZAR JR. José Paulo. **Comentários à Lei de Benefícios da Previdência Social**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2017, p. 156-157.

ROMAR, Carla Tereza Martins. **Direito do Trabalho Esquemático**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SANTOS, Janice Dombrowski dos. RODRIGUEZ, Sandra Yvonne Spindler. MOREIRA, Eliane. **Revista SBPH**, vol.17 no.2 Rio de Janeiro dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200009.

SADOCK, Benjamin J. SADOCK, Virgínia A. RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria**. 11ª edição. São Paulo: Artmed, 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/pcdt/esquizofrenia/termo_esquizofrenia.pdf

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-clinicos-ter-resumos-e-formularios>

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.farmacia.pe.gov.br/guia-de-orientacao-ao-usuario>

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/06164654-lme-laudo-de-solicitacao-avaliacao-e-autorizacao-de-medicamento-s.pdf>

SILVA, Ailton Pereira da. NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. PESSOA JÚNIOR, João Mario. MELO, Jucy Ally Lopes de. Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 31, n. 1, p. 2-10, jan.-abr. 2019.

SILVA, Gisele da. SANTOS, Manuel Antônio dos. Álbum de Família e Esquizofrenia: convivência e retrato. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2009

ZANINI, Márcia H. Psicoterapia na Esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/H5qMqCy4KXvDqjxHfLvChQF/?lang=pt#:~:text=A%20psicoterapia%20tem%20se%20mostrado,n%C3%ADvel%20ps%C3%ADquico%2C%20interpessoal%20e%20social>. Publicado em 22 de maio de 2000. Acessado em: 26 de julho de 2022.

CARTILHA SOBRE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

um olhar para
a esquizofrenia

www.PIMENTACULTURAL.com