

O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL

THE PROCESS OF DEINSTITUCIONALIZATION IN BRAZIL

Renata Andrade Santos Pereira

Psicóloga Pós-Graduanda em Clínica Psicanalítica no IPUB/UFRJ

E-mail: renata.andradee@hotmail.com

Mariana Bruno da Silva

Acadêmica de Psicologia - UNESA

E-mail: mari_h29@hotmail.com

Leandro Viana de Sousa

Acadêmico de Psicologia – UNESA

E-mail: leandro.viana.sousa@hotmail.com

Amanda Milani de Oliveira Araujo

Acadêmica de Psicologia - UNESA

E-mail: milani.amanda@hotmail.com

Rosane de Albuquerque da Costa

Psicóloga institucional e professora Mestre em Psicologia

E-mail: rosa.ac@terra.com.br

Fernanda Gonçalves da Silva

Psicóloga Mestre em Avaliação Psicológica/Psicometria

E-mail: fernandagoncalves.fgs@gmail.com

Resumo: A reforma psiquiátrica desde a década de 70 luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A partir da lei 10.216/2001 deu-se início ao movimento de retirada dos indivíduos das instituições a longo tempo internados para ocupar novamente o território da cidade. O presente artigo propõe um recorte da análise histórica, mostrando como a pessoa em sofrimento psíquico era tratada desde os primórdios até os dias atuais, com ênfase no processo de desinstitucionalização. Objetivando a investigação de como se desenvolveu o processo de inserção das leis da reforma psiquiátrica e suas consequências, instituindo uma análise do cenário brasileiro atual que a saúde mental tem vivenciado. A desinstitucionalização no Brasil teve influência do modelo italiano de Basaglia, buscando não apenas a reforma do modelo assistencial, como também uma reforma subjetiva e cultural da visão da loucura e de como as pessoas em sofrimento psíquico grave são tratadas pela sociedade.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

Abstract: Psychiatric reform since the 70's fight for the rights of people in psychological distress. As a result of Law 10,216 / 2001 was initiated the pullout movement of individuals who were hospitalized for a long time to re-occupy the territory of cities. This article proposes a cut of historical analysis, showing how it was treated the person in psychic suffering from the beginnings to the present day, with emphasis on deinstitutionalization process. Aiming the investigation of how it develops the process of inserting the laws of psychiatric reform and its consequences, instituting an analysis of the current Brazilian context that mental health has experienced. The deinstitutionalization in Brazil was influenced by the Italian model of Basaglia, seeking not only to reform the health care model, as well as a subjective and cultural reform vision of madness and how people in severe psychological distress are treated by society.

Keywords: Deinstitutionalization. Mental health. Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

Segundo Foucault (1972), no século XVII, iniciava-se a idade moderna e a loucura era vista como uma manifestação divina ou demoníaca. Apenas no século XVIII, com o iluminismo, a loucura foi percebida como alienação, uma perda da razão. É nesse contexto que surgem os “manicômios”, como eram chamados os lugares onde os “loucos” eram confinados. Neste período há um aumento significativo de instituições com essa característica, recebendo todos os tipos de pessoas que não estavam aptas para trabalhar, não se adaptavam as regras sociais e que de alguma forma fugiam do padrão de comportamento exigido pela sociedade.

As pessoas percebiam a loucura como algo assustador, Foucault (1972) menciona que comparações da loucura com doenças contagiosas como a lepra e a tuberculose eram frequentes, e por esse motivo era vista como uma ameaça que precisava ser esquecida. Entende-se que esse comportamento de exclusão dos loucos, ocorria principalmente por falta de compreensão do que de fato seria a "loucura" e por medo de que possa ser contagiosa. Dessa forma, a maneira que a sociedade encontrou de se defender do desconhecido foi negando a doença mental, como se fosse algo que estivesse distante de todos (ARGILES et al., 2013)

A doença mental é vista por Gama (2012) como uma variação biológica e comportamental do conhecimento de si mesmo e do mundo, impedindo que o sujeito consiga variar suas respostas, levando a um empobrecimento do seu repertório de ações e a coação da sua subjetividade. A loucura incessantemente incitou reflexos específicos no meio em que estava inserida. Um desses reflexos foi a criação da psiquiatria.

De acordo com Mielke et al. (2012), o médico Phillipe Pinel em 1801 contribuiu para o nascimento da psiquiatria como ciência médica, onde a loucura era percebida como um desvio orgânico. Acreditava-se que o tratamento mais adequado seria baseado no isolamento, agregando na loucura um estigma forte de periculosidade social, logo os hospitais psiquiátricos começaram a ser utilizados como um recurso para proteger a sociedade, que não teria que conviver com a diferença.

Os movimentos que eram a favor da desinstitucionalização começaram a ganhar força após a Segunda Guerra Mundial fazendo importantes críticas ao modelo asilar. O psiquiatra italiano Basaglia (1978) e sua ideia de inserir o doente mental de maneira plena na sociedade foram uma importante influência para o destino da saúde mental no Brasil (PAIVA, 2003). Segundo Amarante (1995) e Desviat (1999) a descoberta de medicamentos psicotrópicos, a

adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições psiquiátricas e as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar foram fatores que contribuíram para reforma psiquiátrica

Existem alguns marcos a serem mencionados quando falamos sobre o processo da reforma psiquiátrica. São eles: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, entre 1978 e 1980; o Movimento dos Usuários (1980); a Declaração de Caracas (1990); as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) e a Lei Federal nº 10.216 que foi promulgada em 6 de abril de 2001, ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que representou um grande avanço para o processo de desinstitucionalização. Tais eventos originaram o reconhecido Movimento da Reforma Psiquiátrica. O lema baseado na Reforma Psiquiátrica Italiana diz: “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2000).

A promulgação da Lei nº 10.216\01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), foi uma grande conquista perante o processo da reforma, tendo em vista que a mesma contribuiu para a aceleração e diminuição dos leitos hospitalares, fazendo a troca destes pelos serviços assistenciais de saúde, promovendo um olhar mais voltado para a conquista da autonomia e a reinserção do paciente na sociedade, fazendo valer os seus direitos de cidadão e melhorando a sua qualidade de vida. Buscando assim, a diminuição do estereótipo que a sociedade produz e que o mesmo carrega desde os primórdios onde a loucura era considerada um “estorvo” (DELGADO, 1992).

Com a reforma psiquiátrica os serviços de saúde mental começam a se transformar, é nesse contexto que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganham força com a proposta de oferecer serviços comunitários extra hospitalares ao paciente psiquiátrico, dando suporte familiar, construindo e fortalecendo laços afetivos, propiciando a vinculação com o território e reestruturando o tratamento terapêutico (PELISOLI; MOREIRA, 2005).

Segundo Pelisoli e Moreira (2005), não se trata somente da reestruturação do sistema de saúde, mas de resignificar a loucura e a reforma na sociedade. Sendo assim, possibilitando a construção de um olhar de cuidado e inclusão das pessoas doentes psiquicamente. A reforma psiquiátrica é um processo que vem de modo lento e gradativo desenvolvendo um sistema de saúde que busca atender a demanda dos pacientes psiquiátricos, consolidando assim a substituição dos hospitais psiquiátricos por novos modelos de assistência e cuidado a este paciente (MORAES et al., 2010).

Tendo em vista os motivos apresentados acima, a pesquisa pretendeu fazer uma análise histórica da forma como o paciente era tratado desde a idade moderna, até os dias

atuais, averiguando as mudanças provocadas pela reforma psiquiátrica, o processo de desinstitucionalização realizado com os pacientes ditos “crônicos” e fazer uma crítica ao modelo de assistência à saúde mental atual. Já que a mesma está passando por um momento crítico, onde as políticas públicas estão oferecendo uma assistência deficitária às pessoas com doenças mentais. As leis da reforma psiquiátrica não são seguidas em todos os estados e ainda hoje (2015), existem hospitais psiquiátricos com leitos cheios de pacientes que estão institucionalizados. Os centros de atenção psicossociais e as residências terapêuticas já existentes, não conseguem suprir toda a demanda de pacientes, pois não existem profissionais suficientes para atender na rede de saúde mental e os profissionais que trabalham neste contexto, tem uma remuneração precária e condições difíceis e instáveis de trabalho.

O presente estudo tem por objetivo contribuir para uma análise sócio crítica da situação da saúde mental no Brasil, com ênfase no processo de desinstitucionalização da pessoa portadora de sofrimento psíquico grave, e desta forma contribuir com as atuais discussões sobre o tema, visando identificar e propor possíveis soluções para os problemas enfrentados pelos usuários, familiares e trabalhadores da área. Assim como promover a desconstrução dos estigmas da loucura que ainda existem na sociedade.

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A criação dos hospícios, ocorreu junto com o início da revolução industrial, que estava introduzindo uma lógica burguesa de trabalho na sociedade. Os hospícios eram espaços de confinamento que foram utilizados pela sociedade como ferramenta para exercer controle social e retirar das ruas todos que fossem desviantes do comportamento visto como normal ou que constroem a sociedade (PRANDONIL; PADILHA, 2004).

A partir da insuficiência de um tratamento da loucura da época, surge a criação do primeiro espaço específico para os loucos, o Hospício Pedro II (1852), no Rio de Janeiro (BARROS; EGRY, 1994). Esse foi o marco inicial da história da saúde mental no Brasil. O louco como doente mental foi fabricado pelo hospício que instituiu as relações disciplinares de poder. Surge então, a psiquiatria como especialidade médica, corroborando com esse discurso que transforma o corpo em objeto de conhecimento e de espaço para enfermidades (PRANDONIL; PADILHA, 2004).

O Hospício Pedro II foi construído no período em que ocorria no país o processo de urbanização das cidades, onde as questões sociais não eram um pensamento do Estado. Cabia então a psiquiatria do século XIX recolher e excluir as pessoas que estavam à margem da

sociedade. Neste período o papel da psiquiatra era oferecer o tratamento moral aos doentes mentais. Nesse contexto, foi promulgada a lei 1.132 de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência dos alienados (BRASIL, 1903), legitimando a psiquiatria nacional (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Dessa forma, segundo os autores supracitados, a demanda por atendimento tornou-se maior do que os hospitais eram capazes de absorver, causando superlotação, pois os mesmos abrigavam tudo que não era socialmente aceito dentro de cada contexto histórico da sociedade, que eram evidenciados pelos maus tratos que recebiam nessas instituições. Essa situação foi reforçada com o Golpe Militar de 1964 que confiscou o poder, retirou a autonomia dos municípios e pelos próximos 20 anos enfraqueceu a capacidade da gestão de intervenções locais de saúde.

Foi apenas na década de 70 que a “indústria da loucura” recebeu denúncias acentuadas com relação aos gastos demasiados de recursos financeiros e seu aspecto de oferecer uma assistência que “cronifica” os indivíduos (BARROS; EGRY, 1994). Começando assim, os debates sobre o modelo hospitalocêntrico, a maneira como os pacientes psiquiátricos eram cuidados e a visão que a sociedade tinha deles. (SANTOS et al., 2000).

Em 1978 teve início o primeiro movimento brasileiro de reforma psiquiátrica que foi representado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que posteriormente se uniria aos usuários e seus familiares para formarem o atualmente conhecido Movimento de Luta Antimanicomial. De acordo com o MTSM a reforma psiquiátrica busca mudanças na sistematização dos processos de trabalho, na cultura e na estrutura dos serviços psiquiátricos, objetivando alcançar a desinstitucionalização do paciente que no modelo clássico da psiquiatria é submetido à exclusão social através da institucionalização consequente do asilamento. Ela propõe humanização nas relações entre sujeito e sociedade, sujeito e instituições substitutivas ao modelo hospitalar, assim como um novo lugar social na cultura para a diversidade da loucura (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica começa a ganhar notoriedade somente na década de 80 com a grande influência da psiquiatria democrática italiana, desmembrando novas possibilidades para o tratamento do paciente psiquiátrico, visando novas propostas que o levassem ao exercício de sua autonomia. Fazendo com que familiares e usuários comesçassem a questionar o modelo que era proposto como sendo inadequado, reivindicando novas formas assistenciais de tratamento (MORAES et al., 2010). As ideias reformistas da época foram corroboradas com a visita ao Brasil de pessoas que participaram da implantação do Movimento de Reforma Psiquiátrica em outros países como: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix

Guattari, Robert Castel. Eles participavam dos Congressos e seminários nas Universidades trazendo testemunhos de grupos de resistência e incitando os jovens a participarem dos movimentos sociais (PITTA, 2011).

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM) que iniciou as discussões da política de saúde mental no Brasil, dando início a desinstitucionalização como método de reversão da exclusão dos loucos. Nesse mesmo ano foi criado o CAPS Luiz Cerqueira, em Recife (PE), que inaugura um novo modo de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico em articulação com o território e se torna modelo de cuidado em saúde mental, pois tem um olhar que vai além da doença. Esse serviço busca cuidar da pessoa psicótica, sua família, sua renda, seu trabalho, sua moradia e tudo que existir na relação do sujeito com seu território (PITTA, 2011).

O primeiro município a implantar uma rede pública que se baseasse nas propostas da reforma foi Santos (SP), em 1989, que introduziu um serviço complexo substitutivo ao hospital, que era apto para atender a qualquer demanda social, psiquiátrica e psicológica. Ainda nesse ano, como consequência da ICNSM, o Projeto de Lei nº. 3.657/89 foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (PTMG), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, obrigando que ela fosse comunicada às autoridades judiciárias (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em 1990, ocorreu a Conferência Regional em Caracas com a finalidade de promover uma reestruturação no cuidado psiquiátrico na América Latina, que teve como consequência a produção de um documento final, chamado de “Declaração de Caracas” (BARROS et al., 1994). Esse documento rejeitava o Hospital Psiquiátrico como modalidade de assistência ao doente mental devido a sua já comprovada ineficácia e salientou a urgência da reorganização da atenção psiquiátrica, de modo a assegurar os direitos e cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico. Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que orientou o Plano de Trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM), (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002) e foi um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira devido á acentuada participação dos usuários e familiares (PITTA, 2011).

Apesar dos CAPS já terem começado a ser inaugurados na década de 80, é somente na década de 90 que eles começam a se estabelecerem como serviços substitutivos dos Hospitais Psiquiátricos com o apoio do relatório final da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental e da Declaração de Caracas (SANTOS et al., 2000). O CAPS concede atendimento com equipe

multidisciplinar de característica ambulatorial e internação hospitalar, dando amparo ao paciente e sua família, contribuindo assim, para o fechamento dos hospitais psiquiátricos (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

O projeto de lei 3.657/89 completou onze anos de discussões no Senado, sendo aprovado pela Câmara dos Deputados só em 1999 após muitas discussões e substituições. A partir disso, foi encaminhado para o presidente da república, que em 2001 realizou a homologação da lei 10.216 (PITTA, 2011).

II. REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi consolidada com a aprovação da Lei Federal 10.216 em 6 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 (BRASIL, 2001). A partir desse marco histórico na história da saúde mental aconteceram diversas mudanças no panorama assistencial do paciente psiquiátrico. Houve uma diminuição rigorosa do número de leitos psiquiátricos, um maior cuidado com os direitos dos pacientes, a alteração do subsídio prioritário para os serviços abertos em substituição dos hospitais e projetos de reinserção social através de geração de renda e construção cultural, visando à qualidade de vida dos pacientes com sofrimento psíquico (GAMA, 2012).

A Lei da Reforma, assim como foi citado acima, defende atuações intersetoriais de inclusão social na escola, no trabalho, na cultura e nos esportes. Assim como ações fundamentadas em rede de Atenção Básica, Ambulatórios de Saúde Mental, nos CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), nos Serviços de Residências Terapêuticas, nos Centros de Convivências, nas Oficinas de Geração de Renda e Trabalho, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas de atenção à crise (PITTA, 2011).

A partir dessas ações houve uma verdadeira alteração da prática e do saber da psiquiatria tradicional, pois os modelos de hospitais já não atendiam as solicitações sociais, fazendo com que a psiquiatria começasse a incorporar aspectos e conceitos da comunidade terapêutica (BARROS; EGRY, 1994). Podemos inferir, que a maior diferença entre os modelos hospitalocentricos e os serviços abertos de base comunitária, é que neste último independente da severidade sintomática, qualquer paciente pode e deve ter assistência baseada na reinserção social em conjunto com tratamento farmacológico e acompanhamento psicológico (GAMA, 2012).

Desde a promulgação da lei, que o Movimento Antimanicomial vem lutando “Por uma Sociedade sem Manicômios”, é com esse lema que eles organizam durante o mês de maio, em específico no dia 18 que foi considerado o Dia da Luta Antimanicomial, diversas atividades culturais e científicas com a finalidade de envolver e afetar novos atores sociais para a luta (PITTA, 2011).

Mais do que um modelo assistencial, a Reforma Psiquiátrica propõe uma transformação paradigmática, uma desconstrução do estigma da loucura. Pretendendo assim, que sejam pensadas e discutidas novas formas de intervenção e cuidado que estejam de acordo com os novos dispositivos de atenção à saúde mental (BEZERRA JR, 2007).

O grande avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre no século XXI, onde podemos observar estruturas normativas importantes com o objetivo de reinserir os pacientes cronicamente institucionalizados na comunidade (PITTA 2011). As principais portarias que contribuíram para o oferecimento de auxílio aos moradores cronicados dos hospitais foram a Portaria 1.220 e a Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000 que instituíram o serviço de residência terapêutica (BRASIL, 2000), que foi o dispositivo prioritário de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico grave da época. São criadas também portarias que ampliam os CAPS, são elas, Portaria nº 189 de 22 de março de 2002, que acrescenta algumas considerações dentro da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e realiza a categorização dos mesmos de acordo com sua estrutura e clientela, sendo diferenciados em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2002). Nesse mesmo contexto são criados os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) que deslocava o foco do cuidado para o território. Levando ao surgimento dos Centros Comunitários de Saúde Mental diurnos, que tinham seu funcionamento todos os dias da semana por 24 horas ao dia (PITTA 2011).

A Reforma psiquiátrica é mais que um movimento, é um processo que vem caminhando há algumas décadas nos fazendo refletir e questionar, gerando transformações no contexto da saúde pública. Objetivando dessa forma, a emancipação do louco e legitimando seus direitos como cidadãos (PINHO et al., 2014). A concepção de um padrão assistencial inspirado na Reforma necessita de reflexão crítica e criatividade para inventar maneiras de encarar os desafios que a área enfrenta (BEZERRA JR, 2007).

III. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Pessoas institucionalizadas tem sua identidade e sua subjetividade negada (TERRA et al, 2006), fazendo com que se confundam com a própria doença em si, gerando uma síndrome que foi descrita por Basaglia (2005) como: “pacientes com apatia, desinteresse e o lento caminhar sem rumo de cabeça baixa, por corredores e pátios fechados”. Sendo assim, como foi dito por Birman e Costa (1994), ao ser realizada a mudança dos hospitais psiquiátricos para locais de possibilidades terapêuticas, começou a ser possível oferecer saúde mental aos sujeitos que a ele procuram, além de oferecer um tratamento aos sintomas psicotizantes que a própria instituição desenvolve (LEÃO; BARROS, 2008).

A desinstitucionalização surge como um modelo que visava o fechamento progressivo das instituições psiquiátricas sendo estas substituídas por dispositivos alternativos extra-hospitalares no território. Esse modelo questionou a exclusão que o saber médico impôs a loucura com a proposta de desconstruir os manicômios, sendo sustentado pelos princípios de cidadania, inclusão, ética e solidariedade. Dessa forma, não se enfatiza mais a doença, e sim o sujeito, respeitando a história de vida e se relacionando com a individualidade de cada um (TERRA et al, 2006).

Como dito por Leão e Barros (2008), o modelo de desinstitucionalização do Brasil tem grande influência do modelo italiano de Franco Basaglia que discutia a finalidade do hospital psiquiátrico em comparação a estrutura social, além de restauração de direitos e possibilidades para pessoas em sofrimento psíquico grave (NICACIO et al, 2005). A desinstitucionalização busca uma reforma subjetiva e cultural na forma de cuidado proporcionada pelos profissionais de saúde e na sociedade. O objeto de trabalho deve ser o sofrimento psíquico existente naquela pessoa e como o mesmo se relaciona com o corpo social e os vínculos com o território (MINOZZO et al, 2008). Como foi dito por Amarante (2001), é preciso reavaliar a loucura, sem negar sua complexidade, mas não a deixando ser capturada como doença.

É necessário um processo de singularização das pessoas acometidas por sofrimento psíquico grave para eliminar as barreiras que impedem a reprodução de vida, sentido e sociabilidade (MINOZZO et al, 2008). Os profissionais de saúde mental exercem um papel muito importante nesse processo, pois seus cuidados devem ser no sujeito que precisa ser cuidado sem exclusão e tendo a possibilidade de exercer seus direitos. A atuação dos profissionais nos dispositivos substitutivos deve ser orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), são eles: equidade, integralidade e descentralização (TERRA et al, 2006).

A desinstitucionalização significa o deslocamento da atenção ao cuidado dos hospitais para a comunidade, onde se busca a reconstrução do sujeito, a produção de vida, a

reconstrução de vínculos sociais e familiares, no lugar da cura. A prática dos profissionais deve ser diferente da dos consultórios, buscando realizar ações integradas com o território, no qual o indivíduo é estimulado a alcançar sua autonomia de maneira gradativa, com a finalidade de evitar a sua dependência nos dispositivos de tratamento (LEÃO; BARROS, 2008, ARCE, 2014).

Os serviços de residências terapêuticas em conjunto com o “Programa De Volta Para Casa” são estratégias essenciais para superar as práticas manicomiais. Eles possibilitam que o indivíduo tenha uma moradia digna e meios de sobreviver sem auxílio do hospital, beneficiando principalmente aquelas pessoas que tiveram um rompimento nos laços familiares ou estes se encontram comprometidos devido ao longo tempo de internação. As residências terapêuticas devem ser espaços de moradia, uma casa onde se produza significado e sentido para a vida através de atividades cotidianas e vínculos de afeto e cooperação, e não tratamento, este será realizado em um CAPS de referência que fará o acompanhamento de todos os moradores da casa (ARGILES et al., 2013).

O Programa De Volta Para Casa foi instituído pela lei nº 10.708/2003 que estabelece um apoio financeiro para as pessoas que viveram durante longos períodos internados. Esse foi um recurso fundamental para a implantação das residências terapêuticas e como consequência, impulsionou o processo de desinstitucionalização (VALADARES; SOUZA, 2013). As residências terapêuticas incitam a criação de vínculos na vida cotidiana, além de proporcionarem uma reapropriação pessoal do espaço, do tempo e da perspectiva real e simbólica do corpo. É imprescindível que as ações de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico sejam articuladas com diferentes serviços de saúde, além de trabalho, cultura, educação, religião, transporte, eles têm direito de ter acesso a todos esses serviços e os mesmos exercem função importante na produção de autonomia e independência (ARGILES et al., 2013).

O CAPS é o dispositivo extra hospitalar responsável pelo tratamento da maior demanda advinda das instituições psiquiátricas. O CAPS desenvolve um tratamento ao sujeito acometido por sofrimento psíquico grave através de assistência clínica e atividades de reinserção social no território, visando o resgate da subjetividade e a reconstrução de laços comunitários e familiares (LEÃO; BARROS, 2008). Ele funciona com uma equipe multiprofissional com a finalidade de produzir interação entre os sujeitos e saberes, profissionais e usuários (HONORATO; PINHEIRO, 2008). Desta forma, o dispositivo favorece a formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, como prevê na Política Nacional de Humanização no qual descreve o PTS como “um conjunto de propostas

de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo”. A construção do PTS ocorre em parceria da equipe de saúde mental com o usuário, o que possibilita uma maior adesão do mesmo ao tratamento (MINOZZO et al, 2008).

Atualmente as ações de saúde mental estão sendo articuladas com a atenção básica com finalidade de progresso no processo de desinstitucionalização (BIZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Em 2004 foi aprovada a Portaria GM/MS Nº 2.607 que institui o Pacto pela Saúde, no qual estabelece essa articulação entre a saúde mental e atenção básica no território. As consequências dessa articulação foi o surgimento de algumas frentes de ação, são elas: prevenção de suicídio, atenção ao usuário de álcool e outras drogas e atenção integral a família (VALADARES; SOUZA, 2013).

Nesse contexto, surge como estratégia institucional o Apoio Matricial (AM) que garante o apoio especializado as equipes de Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, possibilitando o conhecimento das equipes de saúde mental das demandas que chegam à atenção básica e promovendo uma responsabilização mútua entre as equipes. Com a utilização do AM pretende-se conseguir uma maior transformação dos modos como se organiza a saúde e em específico a saúde mental (BIZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Intervir no processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico grave e desconstruir a loucura ainda se apresenta como um desafio aos profissionais de saúde mental, usuários e da sociedade como um todo (ARGILES et al., 2013).

Sendo assim, pode-se observar que importantes avanços foram alcançados na tentativa de tornar a sociedade um lugar sem exclusão da loucura, porém não se trata apenas de derrubar as paredes dos hospitais, deve-se trabalhar para desconstruir os manicômios mentais. Esse novo modelo enfatiza a importância do olhar e do cuidado para a singularidade do indivíduo portador de sofrimento psíquico e não apenas para os seus sintomas, possibilitando sua inserção na comunidade com a finalidade de ocasionar uma mudança na representação social da loucura (PRANDONIL; PADILHA, 2004).

IV. SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

Atualmente a saúde mental é organizada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo regulamentada pela lei 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Trata-se de um serviço incluído na atenção básica, oferecido através de apoio matricial pelas equipes de saúde mental do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e pelas equipes dos CAPS de referência da

região, proporcionando um acompanhamento preventivo e longitudinal as pessoas em sofrimento psíquico.

Os serviços de saúde mental funcionam com a lógica da desinstitucionalização e estão dedicados aos casos mais graves, a atenção à crise e as pessoas que são regressas de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos. Já os casos que são menos graves são atendidos na atenção básica ou nos serviços ambulatoriais, seguindo as mesmas diretrizes da reforma psiquiátrica. De acordo com o Ministério da Saúde 3% da população está acometida por doenças mentais graves carecendo de cuidados contínuos em serviços especializados e 9% da população sofrem de algum tipo de sofrimento psíquico que necessita de atendimentos ocasionais.

Segundo Souza e Rivera (2010) a articulação entre saúde mental e atenção básica é importante e necessária pois possibilita um compartilhamento do cuidado integral da pessoa em sofrimento psíquico, além de aumentar a resolutividade dos atendimentos nos CAPS, tendo em vista que estes não ficarão mais sobrecarregados. Sendo assim, os CAPS oferecem apoio as equipes de saúde da família nos atendimentos das pessoas em sofrimento psíquico através do matriciamento.

Apesar de um grande número de profissionais que atuam na saúde da família afirmarem que ações referentes a saúde mental fazem parte da sua rotina, com frequência a atenção básica não possui recursos para atender a esse tipo de demanda. Seja por falta de capacitação dos profissionais, de esclarecimento sobre a complexidade da tarefa ou falta de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Essas dificuldades encontradas nos serviços levam a uma diminuição do potencial estratégico que tem a inserção dos usuários da saúde mental na atenção primária. Além da capacitação dos profissionais, é essencial que os indicativos de saúde mental sejam incluídos no sistema da atenção básica (SIAB) para um melhor acompanhamento dessas pessoas pela equipe.

Outra dificuldade encontrada atualmente é a alta demanda de usuários nos CAPS, não só oriundas de hospitais psiquiátricos, como também da comunidade de sua abrangência, assim como a falta de psiquiatras na rede, o que tem feito com que os mesmos não consigam atender a toda demanda. Levando assim, a criação de listas de espera de usuários, o que fere com os princípios da lei 10.216 e do Sistema Único de Saúde, no qual, todas as pessoas têm direito ao acesso a saúde. Como afirmou Cavalcanti et al. (2009), a qualidade do serviço prestado pelo CAPS fica comprometida devido à sobrecarga dos profissionais, o que pode impossibilitar práticas voltadas para o território, centralizando todas as atividades em um único serviço.

Segunda Pitta (2011), as construções dos CAPS não foram proporcionais ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e a desativação dos leitos dos ainda existentes, o que levou a um número grande de pessoas regressas de longas internações nas ruas buscando tratamento nos serviços extra hospitalares que ainda não eram suficientes para atendê-las. É importante ressaltar que não é apenas a implantação do CAPS que irá garantir o cuidado integral da pessoa em sofrimento psíquico, é necessário que essas pessoas sejam consideradas como um sujeito singular que possui suas diferentes necessidades de cuidado (CAVALCANTI et al., 2009).

Deve-se ficar atento para que o modelo atual baseado nas diretrizes da reforma psiquiátrica não volte a ser como antigamente, um modelo centrado no médico. Para que isso não ocorra é necessário que o CAPS esteja articulado com os demais serviços de saúde, que ele ofereça oficinas terapêuticas, atendimentos com equipe multiprofissional, articulação com o território e capacitação dos profissionais que nele atuam (SANTOS; OLIVEIRA; MIRANDA, 2013). Somente assim a pessoa em sofrimento psíquico terá o cuidado de maneira integral e terá possibilidades de construir vínculos afetivos com o seu bairro e familiares, além de desenvolver sua maior autonomia.

As ações de desinstitucionalização ainda são incipientes para acompanhar o fechamento de todos os leitos psiquiátricos, o que leva muitas vezes a transinstitucionalização (o paciente é transferido para outro hospital). Observa-se também que a centralização das atividades dentro de alguns CAPS, estão gerando uma institucionalização dentro de um serviço substitutivo. Assim como Oliveira (2006) mencionou em sua pesquisa, deve-se pensar constantemente qual o diferencial da clínica do CAPS, para que mesmo com as portas abertas ele não se torne uma instituição cronificadora. Muitos usuários comparecem ao CAPS diariamente sem que aquela presença tenha algum sentido para o mesmo, esse tipo de comportamento gera institucionalização.

De acordo com a autora supracitada é difícil perceber quando um CAPS se torna uma instituição cronificadora pois isso envolve não só o tipo de clínica que é feita dentro deles, como também questões institucionais como, dificuldade de articulação no território, alta demanda e o próprio usuário que não aceita as vezes dar continuidade ao seu tratamento em outro local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial a articulação dos dispositivos de saúde mental com os demais serviços de saúde, principalmente com a atenção básica, como foi mencionado no decorrer do artigo ela é um serviço estratégico para atender os casos menos graves e diminuir a alta demanda dos CAPS. Além de proporcionar um atendimento vinculado ao território, possibilitando um vínculo do usuário com os demais serviços e pessoas de seu bairro. A atenção primária além de atuar de maneira preventiva, também possibilita um cuidado integral e acolhimento de cada sujeito que é assistido por ela. Entretanto, para que essa articulação seja efetiva é essencial que ocorra capacitação para os profissionais.

Acredita-se que é necessário a contratação de mais profissionais especializados, assim como a construção de mais unidades de CAPS. Além de capacitação das equipes de atenção básica que poderiam acompanhar e oferecer assistência com supervisão das equipes dos CAPS para essa população.

É necessário muito cuidado para que a desinstitucionalização não vire apenas um discurso ideológico que acabe produzindo lógicas manicômias em serviços extra hospitalares. Como Oliveira (2006) escreveu, não é possível “curar” a pessoa acometida por alguma doença mental ou coloca-la dentro de padrões comportamentais vistos como “normal” pela sociedade, tendo em vista que a mesma possui outros mecanismos de exclusão que não apenas os manicômios.

A análise de todos os fatos anteriormente narrados nos leva a refletir: As portas dos hospícios estão abertas e estamos lutando para promover a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico; mas será que estamos dando a devida atenção e tratamento para eles fora destes estabelecimentos; ou estamos deixando-os desassistidos? A reforma psiquiátrica é um modelo recente e que está em construção, desta maneira cabe a nós profissionais e pesquisadores da área contribuirmos para essa construção, repensando constantemente nossa prática e suas consequências para as pessoas em sofrimento psíquico. Não se pode esquecer que a base da reforma psiquiátrica é a participação dos usuários de saúde mental, então eles precisam fazer parte da construção do seu cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (2003). A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, p. 45-65.

AMARANTE, P. (2000). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34.
- ARCE, V. A. R. (2014). Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. *Rev. CEFAC*, v. 16, n. 3, p. 1004-1012.
- ARGUILES, C. T. L.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; ANTONACCI, M. H.; COIMBRA, V. C. C. (2013). Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2049-2058.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. (2006). Diretrizes para um modelo de Assistência integral em saúde mental no Brasil. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf
- BARROS, S.; EGRY, E. Y. (1994). A enfermagem em saúde mental no Brasil: A necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 79-94.
- BASAGLIA, F. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond.
- BEZERRA JR, B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 2, p. 243-250.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 28, n. 3, p. 632-645.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-72.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468.
- BRASIL, Lei Federal 10.216/2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.
- BRASIL, Lei Federal nº 10.708/2003. (2003). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília.
- BRASIL, Portaria/GM nº 336. (2002). Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
- BRASIL, Portaria GM/MS nº 1220/00. (2000). Inclui nas Tabelas de Serviços e de Classificação do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental.
- BRASIL. Portaria nº 106. (2000). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
- BRASIL. Portaria nº 189. 2002. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>
- BRITO JR, A. F.; FERES JR, N. (2011). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais*, Minas Gerais, v. 7, n. 7, p. 237-250.
- CAVALCANTI, M. T.; DAH, C. M.; CARVALHO, M. C. A.; VALENCIA, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 23-28.
- DELGADO, P.G. (1992). As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Tê Cora.
- FOUCAULT, M. (2012). História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

- GAMA, J. R. A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1397-1417.
- HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo dedesinstitucionalização. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 361-380.
- LEÃO, A.; BARROS, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc.*, v.17, n.1, p.95-106.
- MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L. B.; WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. (2012). Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 501-507.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, n. 1/3.
- MINOZZO, F.; KAMMZETSER, C. S.; DEBASTIANI, C.; FAITC. S.; PAULON, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 24, n. 2, p. 323-340.
- MORAES, A. E. C.; FILHO, A. J. A; SANTOS, T. C. F.; PERES, M. A. A.; SOUZA, M. C. F.; OLIVEIRA, A. B. (2010). Implantação da reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda: Implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 526-535.
- NICACIO, F.; AMARANTE, P.; BARROS, D. D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Arquivos desaúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU; p. 195-214.
- OLIVEIRA, C. F. (2006). Os CAPS e a cronificação: o que a psicanálise tem a dizer? 2006. 42 f. Dissertação (Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- PAIVA, I. L. (2003). Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença. 2003. 174 f. Dissertação (Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. (2005). Caracterização epidemiológica dos usuários do centro de atenção psicossocial Casa Aberta. *Rev. Psiquiatr.*, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 3, p. 270-277.
- PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; LACCHINI, A. J. B. (2014). Ideologia e saúde mental: Análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 65-73.
- PITTA, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579-4589.
- POZ, M. R. D.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 621-639.
- PRANDONIL, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. S. (2004). A reforma psiquiátrica no Brasil: Eu preciso destas palavras. *Texto Contexto Enferm.*, v. 13, n. 4, p. 633-640.
- RIBEIRO, E. A. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência: olharese pesquisa em saberes educacionais*, Minas Gerais, n. 04, p.129-148.
- SANTOS, C. B. T.; OLIVEIRA, T. F. K; MIRANDA, L. (2013). Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista IGT na Rede*, v. 10, n. 19, p. 250-266.
- SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A. T.; DELGADO, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 20, n. 4.
- SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA M. A. F. (2002). Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev. Esc. Enferm.*, USP, v. 36, n. 1, p. 4-9.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*, v. 4, n. 1, p. 105-114.

TERRA, M. G.; RIBAS, D. L.; SARTURI, F.; ERDMANN, A. L. (2006). Saúde mental: Do velho ao novo paradigma - uma reflexão. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 10, n. 4, p. 711 – 717.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. (2013). Análise da inserção do tema da violência na política de saúde mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011). *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1051-1077.

Recebido em: 14 de Abril de 2016

Aceito em: 09 de Janeiro de 2017