



HISTORICAL EVOLUTION OF THE MENTAL HEALTH APPROACH IN BRAZIL: FROM THE PSYCHIATRIC REFORM TO THE CURRENT DAYS

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS DIAS ATUAIS

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL ABORDAJE EN SALUD MENTAL EN BRASIL: DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA HASTA LOS DÍAS ACTUALES

Samilla Gonçalves de Moura¹, Maria de Oliveira Ferreira Filha², Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho³

ABSTRACT

Objectives: to describe the evolution path of the management of mental health from the Psychiatric Reform to the current days; to identify the strategies and alternative programs to the hospital model and highlight the changes that took place in the transition from the asylum paradigm to the extra-institutional one. **Method:** this is an integrative literature review. A survey of journals was carried out in the Bireme website – VHL (Virtual Health Library) – on May and June 2011, including the databases LILACS and SciELO. Only papers whose full texts were available were explored. In order to find these studies, the descriptors “mental health”, “community psychiatry”, “public policies”, “deinstitutionalization”, and other ones pertinent to the theme were used. **Results:** the Psychiatric Reform has been developing in Brazil since the 1970s. Thus, the mental health assistance has been ruled by the change from the asylum paradigm to the psychosocial mode. For this, programs and services which are an alternative to psychiatric hospitals were created, and they have resulted in a decrease in thousands of psychiatric beds in the country and the closing of many psychiatric hospitals. **Conclusion:** this is a complex work, which demands singular approaches to meet the various needs of the patients. It demands, also, that these programs are developed in a continuous and dynamic way and with frequent adjustments, in order to maintain the achievements in accordance with the improvement the patients present, besides the training of mental health professionals. **Descriptors:** community psychiatry; mental health; asylums; deinstitutionalization.

RESUMO

Objetivos: descrever a trajetória evolutiva do manejo dispensado à saúde mental da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais; identificar as estratégias e programas alternativos ao modelo hospitalar e destacar as mudanças ocorridas na transição do paradigma asilar para o extra institucional. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foi realizado um levantamento de periódicos no *website* da Bireme – BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) – em maio e junho de 2011, incluindo as bases de dados LILACS e SciELO. Foram explorados apenas artigos apresentados no formato de texto integral. Para a localização dos estudos, foram utilizados os descritores “saúde mental”, “psiquiatria comunitária”, “políticas públicas”, “desinstitucionalização” e outros pertinentes à temática. **Resultados:** a Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil desde os anos 1970. A partir disso, a assistência em saúde mental vem sendo pautada pela mudança do paradigma asilar para o modo psicossocial. Para isso, foram criados programas e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que vêm permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. **Conclusão:** trata-se de um trabalho complexo, que requer abordagens diferenciadas para atender as diferentes necessidades dos pacientes. Requer, também, que esses programas sejam desenvolvidos de modo contínuo e dinâmico e com ajustes frequentes, para manutenção dos ganhos, de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes, além da capacitação dos profissionais de saúde mental. **Descritores:** psiquiatria comunitária; saúde mental; asilos; desinstitucionalização.

RESUMEN

Objetivos: describir la trayectoria evolutiva del manejo dispensado a la salud mental de la Reforma Psiquiátrica hasta los días actuales; identificar las estrategias y programas alternativos al modelo hospitalario y destacar los cambios ocurridos en la transición del paradigma asilar para lo extra institucional. **Método:** esta es una revisión integradora de la literatura. Fue realizado un levantamiento de periódicos en el *website* de la Bireme – BVS (Biblioteca Virtual en Salud) – en mayo y junio de 2011, incluyendo las bases de datos LILACS y SciELO. Fueron explorados solamente artículos presentados en el formato de texto integral. Para la localización de los estudios, fueron utilizados los descriptores “salud mental”, “psiquiatria comunitaria”, “políticas públicas”, “desinstitucionalización” y otros pertinentes a la temática. **Resultados:** la Reforma Psiquiátrica viene desarrollándose en Brasil desde los años 1970. A partir de eso, la asistencia en salud mental viene siendo pautada por el cambio del paradigma asilar para el modo psicossocial. Para eso, fueron creados programas y servicios substitutivos a los hospitales psiquiátricos, que vienen permitiendo la reducción de miles de camas psiquiátricas en el país y el cierre de varios hospitales psiquiátricos. **Conclusión:** se trata de un trabajo complejo y que requiere abordajes diferentes para atender las diferentes necesidades de los pacientes. Requiere, también, que esos programas sean desarrollados de modo continuo y dinámico y con ajustes frecuentes, para manutención de las ganancias, de acuerdo con el desarrollo alcanzado por los pacientes, además de la capacitación de los profesionales de salud mental. **Descritores:** psiquiatria comunitaria; salud mental; asilos; desinstitucionalización.

¹Enfermeira do Distrito Sanitário II, João Pessoa/PB. Membro do Grupo de Saúde Mental Comunitária. Auditora em Serviços de Saúde pela CPBEX. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: samilla_1988@hotmail.com; ²Enfermeira. Professora doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria/DESPP. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ PPGENF, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Paraíba/Ufpb. Líder do Grupo de Saúde Mental Comunitária. Membro do Pólo MISC-PB. Universidade Federal da Paraíba/Ufpb. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marfilha@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Mestranda do PPGENF da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Saúde Mental Comunitária do PPGENF. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mary_albernaz@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Costuma-se pensar que as expressões 'reforma' e 'psiquiatria' só se tornaram parceiras recentemente. No entanto, elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Sabemos que foram os 'reformadores' da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade.¹

A partir da segunda metade dos anos 80, no Brasil, o movimento de transformação no campo da saúde mental passa por importantes mudanças, caracterizadas pelo surgimento de novos serviços num contexto histórico, político e conceitual emergente. A realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, somada à inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988, abrem novos caminhos para a saúde pública no Brasil da "redemocratização". Junto a esses movimentos, profissionais da saúde mental, articulados por todo o país em torno do lema "Por uma sociedade sem manicômios" (adotado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro de 1987), promovem discussões e produzem uma série de novas experiências em suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico.²

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.³

A reforma psiquiátrica, hoje, é discutida como parte das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos governos municipais. Na esfera federal, o Projeto de Lei 3.657, de 1989, depois de aprovado na Câmara dos Deputados em 1991, tramitou no Senado, e só em janeiro de 1999, foi aprovado um projeto substitutivo. A versão atual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial de saúde

mental. Nesta versão, há algumas possíveis aberturas que, no futuro, poderão facilitar mecanismos de criação, contratação ou financiamento de leitos psiquiátricos com orçamentos públicos (artigo 4º), bem como de internação em instituições com características asilares (artigo 5º, § 3º). O projeto de Lei 3.657 cumpriu um importante papel que foi o de trazer para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e suscitar decisões importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica no país.³

A reforma psiquiátrica, tomando como desafio a desinstitucionalização, tem sido discutida e entendida com certa variedade de conceitos e consequências. Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

Portanto, o presente artigo traz como objetivo geral descrever a trajetória evolutiva do manejo dispensado à saúde mental da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais e como objetivos específicos identificar as estratégias e programas atualmente existentes como alternativa ao modelo hospitalar e destacar as mudanças ocorridas na transição do paradigma asilar para o extra institucional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é uma forma de investigar estudos já existentes, visando obter conclusões a respeito de um tópico em particular (BEYEA; NICOLL, 1998). Constitui-se em uma estratégia utilizada para identificar as evidências existentes, embasando e consolidando a prática de saúde nas mais distintas temáticas.

Realizou-se um levantamento de periódicos no portal da Bireme - BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) nos meses de maio e junho de 2011, incluindo as bases de dados LILACS e SCIELO. Utilizou-se o português como idioma preferencial, no entanto, algumas fontes em inglês também fomentaram a pesquisa. Foram explorados apenas artigos apresentados no formato de texto integral.

Para a localização dos estudos, foram utilizados os descritores "saúde mental", "psiquiatria comunitária", "políticas

públicas”, “desinstitucionalização” e outros pertinentes à temática de modo a se obter fundamentação acerca da problemática investigada.

DESENVOLVIMENTO

● Reforma Psiquiátrica: o início de tudo

O conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais é o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade - aproximadamente 200 anos. A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana.⁴

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII.⁵

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se "o diferente", aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade.⁴

Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica.³

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos

dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.⁶

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente Antimanicomial.¹

A Reforma Psiquiátrica é, portanto, um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.⁶

Um novo modelo vem sendo edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica a desconstrução literal do modelo hegemônico. A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país.³

A reforma psiquiátrica, hoje defendida, é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com

maior conscientização da sociedade civil organizada.⁷

• Do paradigma asilar para o extra institucional

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.⁶

Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial', esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.¹

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária,

fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.⁶

Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado que, em seu lugar, aprovou, mais de dez anos depois (em janeiro de 2000), um substitutivo muito mais tímido quanto à substituição asilar. De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos "nas regiões onde não exista estrutura assistencial" (um contrasenso, à medida que obrigaria que as novas estruturas fossem construídas justamente segundo o modelo que, à custa de muito trabalho, está sendo substituído onde ele existe). Na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada - Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 - foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente.¹

Para retomar a história recente e os avanços da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, deve-se notar que a transformação da assistência e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado.

• Políticas e estratégias de redimensionamento da atenção em saúde mental: a solução para os desafios

Nos últimos três anos, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os

estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos.⁵

● Os serviços de Residências Terapêuticas

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.⁶

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo - às vezes difícil - de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores.¹

A rede de residências terapêuticas conta hoje com 357 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2850 moradores. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, são alguns dos componentes para a expansão desta rede, que contava em 2002 com apenas 85 residências em todo o país. Esta rede deverá experimentar ainda nos próximos anos grande expansão. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 12.000 pessoas poderão se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos.⁶

● Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa é um dos

instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.⁸

O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.⁶

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. A implementação do Programa, no entanto, não se dá sem dificuldades.⁸

● Intervenções e estratégias de inclusão e reabilitação social

As abordagens conhecidas como reabilitação psicossocial são um importante componente da proposta de atendimento comunitário em saúde mental. Surgiram em virtude da observação de que os modelos existentes nos anos 1970 eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pacientes que, em razão da própria doença e dos longos períodos de internação, perderam as habilidades necessárias para a vida na comunidade.⁸

Em linhas gerais, o termo refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas que são utilizados para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua

reinserção na sociedade. Essas intervenções têm demonstrado sucesso na redução dos sintomas psiquiátricos, no ajustamento social, na prevenção de recaídas, na aderência ao tratamento e na diminuição do número de hospitalizações.⁸

As atividades de reabilitação objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer.²

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.⁵

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Assim sendo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais, ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no

cotidiano dos usuários.⁹

Dessa forma, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas a exemplo da Terapia Comunitária, e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar. Procura-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se, seja nas atividades em que possa engajar-se. Assim, os CAPS fundamentam-se na idéia de que o tratamento dos pacientes psiquiátricos graves exigem condições terapêuticas que inexistem nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos.¹⁰

No modelo psicossocial, os usuários dos serviços têm a sua disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Com essas transformações, esses indivíduos adquirem também o lugar de agentes do próprio tratamento, e conquistam o direito de se organizarem em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo assim a inserção social de seus membros.¹¹

Assim sendo, salienta-se que a assistência em saúde mental está orientada pela mudança do paradigma asilar para o modo psicossocial, no qual a concepção do trabalho na área requer acolhimento, escuta terapêutica, projetos terapêuticos individualizados, reabilitação psicossocial e interdisciplinaridade nos serviços substitutivos que têm, entre suas metas, a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sociocultural do indivíduo, que é entendido no seu grupo familiar e em seu território.

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica surge, portanto, como um divisor de águas na abordagem ao portador de transtornos psíquicos, marcando um referencial permeado por mudanças e aspectos decisivos na condução do doente mental. A inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade constituem hoje o paradigma dominante na assistência psiquiátrica.

Nesse contexto, a proposta das Residências Terapêuticas e dos programas de reabilitação, é promover a reinserção social dos pacientes

desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento da autonomia. Trata-se de um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer, também, que esses programas sejam desenvolvidos de modo continuado e dinâmico, para manutenção dos ganhos e com ajustes frequentes, de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.

Outra questão fundamental trata-se da capacitação dos profissionais de saúde para o manejo dessas pessoas em sofrimento psíquico, através de um aperfeiçoamento técnico e institucional em favor de uma sociedade inclusiva e livre de preconceitos que infelizmente permeia o cotidiano desse público.

Percebe-se que muito foi construído e que muitos ideais foram conquistados, porém ainda há muito a se fazer e melhorar, sobretudo, nas políticas públicas que mesmo após longos anos, não atuam sobremaneira como deveriam na perspectiva da resolutividade e do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
2. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatr Serv.* 1999; 50(4):525-32.
3. Beyea S, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J.* 1998; 67(4):877-80.
4. Bezerra BJ. Saúde mental ou psiquiatria. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1995; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: EERP-USP; 1995.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília;2005.
6. Chauí M. Ideologia neoliberal e universidade. In: Oliveira E os sentidos da democracia. Petrópolis: Vozes; 1999.
7. Damásio VF, Melo VC, Esteves KB. Atribuições do Enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet].* 2008 [acesso em: 2011 jul 20]; 2(4):425-33. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/329/pdf_404
8. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
9. Foucault M. A história da loucura na Idade Clássica. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
11. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-Am Enfermagem.* Ribeirão Preto; 2001; 9(2).
12. Guimarães J, Medeiros SM, Saeki T. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro; 2001; 25(58): 5-11.
13. Onocko-campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro; 2006; 22(5): 1053-1062.
14. Saraceno B. As Concepções de Reabilitação Psicossocial como Referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup.* São Paulo; 1998; 9(1): 26-31.
15. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAS. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm. USP.* São Paulo; 2002; 36(1).
16. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saude-Manguinhos.* Rio de Janeiro; 2002; 9(1).
17. Test MA, Stein LI. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Ment Health J.* 2000; 36(1):47-60.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/09/30

Last received: 2012/02/03

Accepted: 2012/02/03

Publishing: 2012/03/01

Corresponding Address

Samilla Gonçalves de Moura

Ed. Camburiú I

Rua Manoel Belarmino Macêdo, 355

Jardim Cidade Universitária

CEP: 58010-740 – João Pessoa (PB), Brazil