



CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES DE PERNAMBUCO

ANA PAULA DE LIMA
CINTIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO

REFORMA PSIQUIÁTRICA E CAPS

RECIFE

2022

ANA PAULA DE LIMA
CINTIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO

REFORMA PSIQUIÁTRICA E CAPS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. André Domingos de Assis França

RECIFE

2022

ANA PAULA DE LIMA
CINTICA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO

REFORMA PSIQUIÁTRICA E CAPS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT PE

Recife, junho de 2022

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Prof. Ms. André Domingos de Assis França
Docente do curso de Serviço Social UNIT PE

Examinadora

Prof.^a Rizete Serafim Costa
Docente do curso de Serviço Social UNIT PE

AGRADECIMENTOS

Eu Ana Paula, agradeço a Deus de todo meu coração por seu tão grande amor e cuidado, me dando forças todos os dias para conquistar meus objetivos.

Agradeço aos meus pais, Edleuza Lima e Geraldo Vieira pela preocupação e incentivo, cada um com sua particularidade se mostrando ao meu lado. Aos meus irmãos Jorge, Patrícia, Sandra e Alexandre que diante da minha busca se mostraram presentes.

Ao meu esposo Mário Joaquim sou grata por compartilhar a vida ao meu lado demonstrando todo seu amor e dedicação.

Ao meu filho Arthur Filipe que amo mais que tudo nesse mundo, que sempre se mostra preocupado e querendo ajudar quando estou atarefada.

Agradeço a minha amiga Cintia Carneiro que me presenteou com sua amizade e durante todo o tempo se fez presente incentivando sempre a manter nossas atividades em dia, sou feliz por ter na minha vida uma pessoa tão amiga e comprometida. Obrigada pelo companheirismo.

Para conclusão deste trabalho pude contar com o compromisso, paciência e conhecimento do orientador André França, obrigada professor pelas orientações e pela confiança.

AGRADECIMENTOS

Eu, Cintia Carneiro, agradeço a Deus e N. Sra. por todas as bênçãos que recebi, principalmente nesse tempo tão difícil de pandemia, que em meio a tantas dificuldades, nunca me abandonaram e me fortaleceram a cada dia para a realização dos meus sonhos.

Agradeço de todo o coração aos meus pais, Fabiana Conceição e Lindomar Carneiro, por todo amor, dedicação e incentivo para me tornar uma pessoa cada vez melhor, e que diante de várias dificuldades que passamos ao longo de nossas vidas, nunca mediram esforços para me fornecer o melhor: exemplos de humildade, caráter e honestidade. Aos meus irmãos, Thais e Guilherme, a quem tanto amo, agradeço por todo companheirismo e amizade, e por sempre estarem presentes, independente da situação.

Agradeço a meu noivo pelo companheirismo de cada dia, por sempre me dar forças para continuar, em especial, pelo(a) filho(a) que está por vir e que já tanto amo.

Agradeço minha amiga Ana Paula de Lima, uma pessoa dedicada, esforçada, que admiro de verdade, uma pessoa especial que a faculdade trouxe para minha vida. Durante a faculdade sempre estivemos juntas, sempre apoiando uma a outra, e na jornada do TCC não seria diferente. Obrigada por dividirmos os estresses, anseios e os momentos felizes também! Levarei você no meu coração com certeza de que terei uma amiga para o resto da vida.

Por fim, toda a minha gratidão a todos que fazem a instituição UNIT, lugar de muito aprendizado e onde sou bem acolhida. A todos os professores que compõem o corpo docente, recebam o meu muito obrigada, pois, indireta ou diretamente, todos nos moldaram e contribuíram para nós chegarmos até aqui. Em especial a nosso orientador, professor André França, que esteve sempre presente nos orientandos com paciência e dedicação.

RESUMO

Esta monografia versa sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tendo por objetivo descrever o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e como os CAPS se configuram em dispositivos para sua consolidação, a partir de um exame de referências políticas, teóricas e práticas. Os resultados mostram avanços e desafios da reforma psiquiátrica, destacando a urgência do fortalecimento desses dispositivos. Nesse sentido, objetivou-se apresentar os pressupostos do modelo de atenção psicossocial, discorrendo sobre a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na perspectiva de compreender que medida estes dispositivos contribuem para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. É possível afirmar que se faz necessário um investimento econômico e político nas ações e programas que, de fato, defendam a perspectiva da desinstitucionalização e do cuidado ampliado em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial, Cuidado em saúde.

ABSTRACT

This monograph deals with the Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Center – CAPS, aiming to describe the psychiatric reform process in Brazil and how the CAPS are configured in devices for its consolidation, from an examination of political, theoretical references and practices. The results show advances and challenges of psychiatric reform, highlighting the urgency of strengthening these devices. In this sense, the objective was to present the assumptions of the psychosocial care model, discussing the consolidation of the Brazilian psychiatric reform through the Psychosocial Care Centers – CAPS, in the perspective of understanding to what extent these devices contribute to the consolidation of the Brazilian psychiatric reform. It is possible to affirm that an economic and political investment is necessary in actions and programs that, in fact, defend the perspective of deinstitutionalization and expanded care in mental health.

Key words: Mental Health, Psychiatric Reform, Psychosocial Care Center, Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	
1.1 ASSISTÊNCIA À LOUCURA NO BRASIL	3
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	8
2. O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	
2.1. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM CONTRAPONTO AO MODELO ASILAR	16
2.2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS NA CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

A presente monografia pretende discutir sobre em que medida os CAPS contribuem para a reforma psiquiátrica brasileira, mostrando vários pontos de desenvolvimento que engloba esses processos de mudanças e luta.

Dessa forma, observamos através dos artigos científicos que estudamos, que a reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas teve avanços nos processos de políticas públicas.

Assim, buscamos descrever o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, apresentando os pressupostos do modelo de atenção psicossocial e discorrendo sobre a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Para dar conta dos objetivos deste trabalho, e considerando as condições objetivas de tempo que dispúnhamos, decidimos realizar uma pesquisa exploratória, por meio de revisão bibliográfica e documental, numa abordagem qualitativa.

Neste sentido, foi fundamental o estudo de autores como, Resende (2001), Rosa (2003), França (2010), Paiva (2003), Luchmann (2006), Lobosque (2001), Leal (1994), Delgado (2001), Guimaraes (2012), Amarante (2007), Queiroz (2007), Silva (2020) e Costa (2004) imprescindíveis no processo de coleta de dados da pesquisa, bem como, a legislação pertinente ao tema.

De acordo com a Portaria nº 336 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (2002), o CAPS é considerado um local de tratamento para pessoas que necessitam de cuidados intensivos e valorização da vida. Além dessa definição inicial, outras características que merecem ser mencionadas são a abertura e o caráter comunitário, bem como a existência de grupos multiprofissionais e transdisciplinares que ajudam a criar vínculos e assumir a responsabilidade pelo cuidado.

O processo de coleta de dados nos permitiu afirmar que muitos avanços ocorreram com as experiências de desinstitucionalização e observamos que há necessidade de um novo olhar para as práticas em curso, a fim de que a reforma psiquiátrica se consolide e que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) venham a se tornar centros de convivência e de passagem.

1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

1.1 Assistência à loucura no Brasil

Com a chegada da família real no Brasil a loucura passa a ser objeto de intervenção do Estado. No século XIX, após ser ignorada por muitos anos pela sociedade, os loucos que se comportassem de maneira agressiva e principalmente aqueles que tinham a situação econômica ou social menos favorável eram asilados.

Dessa forma o destino desses loucos era o asilamento nas Santas Casas de Misericórdia, onde eram amarrados e viviam em péssimas condições de cuidados e higiene, o que não significava que estavam em tratamento médico algum.

A assistência à loucura no Brasil tem as suas diretrizes na medicalização social e no asilamento, através de um modelo de atenção focado no hospício, pois os mesmos viviam em situações miseráveis.

Entretanto, a loucura só passou a ser objeto de intervenção do Estado a partir da chegada da família Real ao Brasil. As transformações econômicas, culturais e políticas que se seguem exigiram um rígido controle da convivência no espaço urbano. Chamada a participar dessa empreitada a medicina encontra o momento de fazer emergir a psiquiatria no Brasil (França, 2010, p.23).

Em 5 de dezembro de 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, criado pelo decreto Nº82 (18 de julho de 1841), marcando a institucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil.

Sua fundação vem com a intenção de responder à necessidade de reorganização da vida urbana, fazendo um trabalho de recolher os desviantes que se encontravam pelas ruas, em um amplo desenvolvimento de controle das ameaças à paz e a ordem.

Segundo (Rosa, 2003), a criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era abordada no período – como caso de polícia – como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem e, por isso, reprimido.

A inspiração foi feita pela tendência francesa onde a medicina passou a enfrentar a loucura como doença, favorecendo a sujeição do louco ao tratamento médico neste novo espaço de convivência.

O Hospício Pedro II foi construído como dependência da Santa Casa de Misericórdia, em local afastado do centro urbano, com capacidade para 350 leitos e, na ocasião de sua inauguração, já contava com 144 internos. Após um ano de funcionamento sua lotação estava esgotada (França,2010, p.23).

De acordo com (Rosa, 2003), a população psiquiátrica do período em questão compunha-se predominantemente daqueles homens que perderam seu lugar numa sociedade cuja produção se organizava por meio do trabalho escravo.

Em 1980 houve a desanexação do Hospício da Santa Casa o mesmo se passou a ser conhecido como Hospício Nacional de Alienados, houve esse desligamento após várias críticas aos maus tratos, a superlotação e a ausência de cura, o hospício passou a ser administrado pelo governo federal, e subordinado ao ministério da Justiça e Negócios de Interiores.

O poder religioso foi substituído pelo poder médico e a proposta terapêutica passou a ser o tratamento moral que compreendia o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo. (França, 2010 p.24).

Na época a missão da saúde pública era limpar o Rio de Janeiro, por motivos de riscos causados pela falta de saneamento básico e combater a febre amarela. Determinação por Oswaldo Cruz por meio de um movimento campanhista de caráter repressor que enfrentou uma forte resistência da população.

Juliano Moreira ao assumir a direção da Assistência Médico-legal (1902-1906) aos Alienados contribuiu de forma coadjuvante nesse desenvolvimento, excluindo da cidade a massa de desempregados que habitava as ruas.

De acordo com (Rosa, 2003), A inovação na área psiquiátrica no período pós-republicano, além do arcabouço normativo e institucional, foi a implementação das colônias agrícolas, que surgiram teoricamente como produto de uma inflexão interna no próprio alienismo.

No ano de 1923 com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, a sociedade foi caracterizada ao novo modelo de agente de prevenção a cura, sendo assim, foi retirada do Estado a responsabilidade pela resolução dos problemas sociais.

Em direção ao favorecimento de explicações germânicas, que ganharam impulso com as etiologias biológicas da doença mental, de bases organogenéticas, no interior das novas exigências médico-científicas, de base anatomopatológicas (ROSA, 2003 p. 91).

Depois da ação da liga a psiquiatria se coloca na defesa definitiva do Estado, exigindo controle social e ao mesmo tempo reivindicando maior poder de intervenção.

Em seus primórdios a Liga Brasileira de Higiene Mental preconizava a higiene psíquica individual e o conceito de eugenia¹, no sentido de prevenir as doenças mentais. A partir de 1930 a abrangência desse ideal extrapolou suas fronteiras para a higiene mental da raça, propondo a aplicação desses princípios à vida social. (França, 2010).

O Estado assume uma postura intervencionista logo após a Revolução de 1930, e se coloca como agente central do processo econômico e ratifica direitos sociais vencedores anteriormente legitimando o incipiente sistema de proteção social brasileiro.

De acordo com Rosa (2003) a União reforçou uma tendência centralizadora por meio de um novo ordenamento normativo e institucional, porém, as estruturas hospitalocêntricas permaneceram centrais.

De 1940 a 1950 assistiu-se ao predomínio das teorias biológicas e a utilização de métodos invasivos, como a eletroconvulsoterapia, também a utilização de terapia insulínica e lobotomias.

¹ Eugenia é entendida como o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente. Aqui remetemos o leitor aos ideais do pensamento nazista tão em voga à época.

No ano de 1950 houve a descoberta dos neurolépticos, esse método se confirmou como um dos recursos terapêuticos predominantes, essa descoberta teve importância no desenvolvimento do tratamento dos doentes mentais.

Amarante (1994b) observa que o furor farmacológico dos psiquiatras muitas vezes é orientado pelas pressões da indústria farmacêutica ou utilizado como mecanismo de repressão a fim de tornar a internação mais tolerável ou os doentes mais dóceis.

A partir da segunda metade dos anos 1960, o governo militar levou a psiquiatria pública a experimentar seu declínio, uma vez que, o golpe militar representou um profundo retrocesso nas propostas de reformas sociais que, embora fundamentadas numa base populista-reformista, apontavam na direção de um horizonte democrático. (França 2010, p.26).

No ano de 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social, realizou o Plano de Pronta Ação, que deram predominância da Assistência Médica sobre a saúde pública.

Os beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo assim, os trabalhadores formais que descontavam uma parcela de seu salário, financiando o sistema, é que tinham direito à assistência médica. (França, 2010 p.27).

Na década 1970 os manicômios começaram a apresentar sinais de esgotamento, a distensão política beneficiou que os trabalhadores dos próprios manicômios realizassem denúncias sobre a realidade e situações desumanas que os internos estavam passando.

Couto (2008) descreve três eventos políticos que desencadearam o início da contestação, desembocando no que convencionamos chamar de Reforma Psiquiátrica brasileira: a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, entre agosto e setembro de 1977; o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental, em janeiro de 1979 e o III Congresso mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979, que trouxe várias experiências europeias, inclusive, com a presença de Franco Basaglia.

No ano de 1978 foi fundada no rio de janeiro uma rede informal com a intenção de analisar propostas e ações contra o modelo manicomial, Movimento de

trabalhadores em saúde Mental – MTSM, depois desse movimento começaram várias tentativas de mudanças do sistema asilar de assistência à saúde mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, promovida em 1987, estabeleceu um primeiro consenso entre os técnicos pela necessidade de transformação do modelo de assistência psiquiátrica, objetivando a integração das ações de saúde mental às ações de saúde de um modo geral. (França 2010. p.29)

Em dezembro de 1897, em uma reunião dos trabalhadores em saúde mental, em Bauru, aparece uma nova fundamentação de estratégias. O movimento cresce com o sentido de ultrapassar sua natureza com exclusividade técnico- científica, realizando-se um Movimento social através das transformações no campo da saúde mental.

O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, indica para a necessidade de envolvimento da sociedade na expressão e encaminhamento das questões relacionadas a doença mental à assistência psiquiátrica.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental organizou diversas atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e nas principais cidades do país, com o intuito de sensibilizar e envolver novos atores sociais na ação. Foram realizadas várias associações de familiares, voluntários e usuários de serviços psiquiátricos. Diversas entidades da sociedade civil passaram a incluir o tema em seus debates e pautas de atuação.

Esse tensionamento levou o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental a rever sua inserção na sociedade, transformando-se em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. A partir de então adotou o lema “por uma sociedade sem manicômios e estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. (França,2010 p.29).

O dia 18 de maio é lembrado caracterizando a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, com a ideia de que não haja mais isolamentos, torturas ou qualquer outro meio de violação da vida.

No ano de 1989, houve acontecimentos que marcaram esse trajeto. À prefeitura de Santos, interveio na Casa de Saúde Anchieta, hospício privado onde se

tinham mais de 500 internos, a intervenção deu início ao fechamento do hospício e a substituição do modelo assistencial, criação de Centros de Atenção Psicossocial.

O outro acontecimento foi o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, com apresentação à Câmara Federal no ano de 1989, o projeto deu um grande entretimento nas políticas públicas de saúde mental.

1.2 Aspectos históricos da reforma psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo histórico de formulação crítica e prática, onde seus objetivos de desenvolvimento de estratégias questionam a elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

A reforma psiquiátrica, apesar dos vários avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade.

Nos últimos tempos, a política nacional de saúde mental tem sido voltada como enfatiza Paiva (2003, pag.22).

Trabalha-se com a defesa da reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância. (Paiva 2003, p.22).

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão da pessoa com transtorno mental, os manicômios com seus muros altos escondem as violências físicas e simbólicas. A ruptura do modelo manicomial significa muito mais do que o fim do hospital psiquiátrico.

Talvez sem definição precisa, mas que se opõe à doença mental, conceito construído pela psiquiatria que reduz a complexidade daquela concepção mais geral, inespecífica, inexplicável em sua totalidade, que é a de loucura, e que a reduz a apenas um distúrbio biológico ou psicossocial (ou ambos). Então loucura se refere a esta experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, ideológica e idealisticamente, considera como normal. E louco é o sujeito destas vivências (“erlebenis”) e destas experiências. (AMARANTE 2003, p.402).

A reforma psiquiátrica brasileira seguiu o seu percurso em paralelo com a implantação e consolidação do SUS. Algumas experiências nesse sentido foram antecedentes a psiquiatria comunitária.

O Brasil vivenciou, na década de 1960 a 1970, a experiência das comunidades terapêuticas, sendo à época uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico.

Os antigos acontecimentos do hospício reaparecem como diferença e uma nova hegemonia começa a ser construída, Teixeira relata que se trata de uma experiência “que discute a questão da cidadania do doente mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta” (Teixeira 1993, p.102).

Vale ressaltar que, o movimento da psiquiatria comunitária surge como suposta alternativa à primazia do asilo, com a proposta de que a psiquiatria deveria se organizar segundo um programa mais amplo de intervenção a comunidade. Propondo-se a evitar o adoecimento mental.

As ideias de comunidade onde havia asilo e de saúde mental onde havia doença tinham, naturalmente, grande apelo. No entanto, apesar da aceitação inicial dessas teses no Brasil, os riscos de psiquiatrização do social foram logo apontados, entre outros e principalmente, por Joel Birman e Jurandir Freire Costa. No que devia ser um relatório técnico de um congresso científico, sobre o tema Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária, Birman e Costa fizeram uma análise da perspectiva de psiquiatrização e normatização do social contida no ideário preventivo-comunitário (Birman et al., 1994, p. 52).

Sob esta ótica a noção de saúde mental estava estreitamente ligada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do usuário à clínica, no seu sentido mais generoso. Pelo aspecto de crítica do asilo que a acompanhava, essa noção veio a constituir significante privilegiado da reforma psiquiátrica brasileira.

No ano de 1970 o combate ao Estado autoritário, promoveu críticas à ineficiência da assistência pública em saúde. Sugiram denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços. Denúncias do abandono, violências e maus-tratos aos pacientes que estavam internados nos hospícios do país.

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. (Tenório,2002 p.32).

Nesta época a argumentação em relação aos direitos dos pacientes permaneceu limitada em questão do aperfeiçoamento e da universalização dos

dispositivos tradicionais. Essa ampliação do direito à saúde como questão político-social. Ainda assim, com as intenções reformadoras dominando as diretrizes e iniciativas oficiais, produziram-se as condições para o amadurecimento de uma outra perspectiva.

No plano da crítica, produziram-se importantes diagnósticos quanto ao seguinte funcionamento do modelo de prestação de serviços vigente no país, caracterizado pela solidária articulação entre a prevalência da internação asilar e a privatização da assistência: as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêm a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (Tenório 2002, p.33).

Quanto à incorporação de novos protagonistas, o denominado Movimento pela Reforma psiquiátrica Brasileira, dois eventos podem ser caracterizados como ponto de virada no ano de 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e logo depois o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esse encontro foi decidido quando a I Conferência estava sendo realizada.

Na conferência propriamente dita, a estratégia deixou-se ver na tentativa conduzida pela Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM), em articulação com a Associação Brasileira de Psiquiatria, no sentido de dar ao evento um caráter mais congressual ou científico, esvaziando seu caráter comunitário ou de participação social (Amarante 2003, p. 117).

Foi esse também o norte do processo de revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei no 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992).

Projeto com três artigos onde o primeiro visava impedir a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público. O segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento. O terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à

autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Então a Lei 10.216 foi finalmente aprovada em 6 de abril de 2001, sendo considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente. O texto aprovado em definitivo (a lei propriamente dita) na referência à reestruturação sistemática do arcabouço normativo que regulamenta a assistência psiquiátrica no país, levada a cabo pelo Ministério da Saúde, a partir da década de 1990 (Tenório,2002 p.36).

O intuito da Reforma Psiquiátrica Brasileira é de reparar danos com a transformação da assistência, acabar com a forma equivocada de tratar e ver o louco e com o que ocasionou o estigma social da loucura no Brasil. Assim:

A década de 1980 assistiu ainda ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Ao menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade. (Tenório,2002 P.37).

Outro marco no tocante aos novos paradigmas de cuidados em saúde mental foi a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Funcionando desde 1987, o Caps tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira.

Em 1990 processou-se o amadurecimento e consolidação dos processos que hoje compõem o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Porém sabemos que a prevalência do manicômio destinado a massa clientela tenha sido superada. Pode-se dizer, sem exagero, que se construiu uma nova hegemonia.

Em novembro de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituía no plano nacional, no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse ato está em que, até então, não havia, no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas). Em janeiro de 1992, a portaria 224

do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos Caps e Naps e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo. (Tenório, 2002 p.41).

Os Caps tendem a ser regionalizados em termos da adscrição da clientela, embora eles sejam desobrigados a apresentar a mesma capacidade de resolução para as emergências e a dar conta da totalidade da demanda de saúde mental. À diferença de outras áreas de saúde, na psiquiatria, a diminuição do número de leitos e hospitais é um índice positivo desde que acompanhado pela criação de alternativas de assistência. (Alves 1999, p.43).

Em setembro 1995 ocorreu a reestruturação da assistência no Rio de Janeiro onde a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão SUS na cidade. Três pontos que ligam a reestruturação em curso da assistência em saúde mental o controle da rede hospitalar existente, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e, principalmente, o programa de implantação de uma rede de Caps regionalizada.

Uma marca do sistema de internações psiquiátricas públicas no Brasil é o fato de elas não acontecerem apenas nos hospitais públicos propriamente ditos, mas em instituições privadas que são remuneradas pelo setor público para oferecerem internação à população atendida a expensas do SUS. (Leal, p.12)

Em 6 de abril de 2001, o presidente da República sancionou a Lei de Saúde Mental (lei 10.216), aprovada pelo Congresso Nacional semanas antes.¹ A aprovação da lei aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. Nesse período, o texto sofreu inúmeras mudanças que o amenizaram, é verdade, mas que produziram, assim mesmo, uma lei progressista. Embora não tenha o impulso extraordinário que o texto original significaria, deve-se considerar que ela representa uma vitória importante, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país. (Tenório,2002,p.52).

Contudo, o maior empecilho concreto à reforma, é o crescimento desordenado da oferta de internação psiquiátrica gratuita, normalmente contratado pelo setor à medida em que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente.

Dessa forma, os manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes, a criação de alternativas consistentes, sendo competentes e duradouras e a desconstrução do circuito manicômio-dependente.

2. O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

2.1 Atenção psicossocial: um contraponto ao modelo asilar

Há anos em processo no Brasil, a reforma psiquiátrica tem possibilitado mudanças nas reflexões sobre a questão da saúde mental, além da inserção de novos modelos de assistência e novas mudanças no cuidado.

Inspirado pelos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira o Modelo de Atenção em Saúde Mental no Brasil sofreu um redirecionamento a partir da criação de dispositivos de tratamento de base comunitária, como por exemplo o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, além de mudanças no modo como tratar o louco (Guimarães et al 2012).

É possível analisar e comparar os modelos asilar e psicossocial a partir de alguns parâmetros fundamentais comuns, de acordo com a forma de intervenção e no tratamento dispensado à loucura.

Assim chamamos a atenção para a contraposição entre o modelo asilar que é centrado na exclusão e tutela plena e o modelo psicossocial que dá a devida importância ao funcionamento humano no contexto da doença, considerando fatores sociais psicológicos e biológicos.

Aqui queremos ressaltar que a forma de lidar com o louco, em cada um desses modelos, leva em conta se ele é o sujeito ou o objeto das práticas. Se partimos do entendimento de qual tipo de prática está sendo construída e como essas práticas estimulam a pessoa com transtorno mental a serem sujeitos da sua própria vida, ou se esse sujeito é encarado como um paciente, ou seja, aquele que tem paciência, que sofre a intervenção médica além da ação de outros profissionais da instituição de forma passiva.

O modelo asilar é aquele orientado pelas determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar. De acordo com esse modelo, cuja explicação biomédica afirma que as crises nas pessoas com transtorno mental são um problema de disfunção causadas pela doença.

Por outro lado, a Atenção Psicossocial entende que fatores relacionados ao convívio do indivíduo podem ocasionar as crises (AMARANTE, 2007, P. 81). Sendo assim o modelo de atenção psicossocial tem uma visão mais complexa do processo de adoecimento e reconhece outros elementos além do biológico, tais como fatores biopsicossociais e culturais.

Já no modelo asilar, o modo de tratamento é baseado nos fármacos, numa tentativa de minimizar o “eu”, entendendo que essa seja a forma mais adequada de acabar com que é considerado um problema.

O intuito dos hospitais psiquiátricos era acabar com os sintomas de desordens psíquicas baseados no tratamento que iam desde a internação a procedimentos cirúrgicos.

Os envolvidos no interior do manicômio tinham objetivo de vigiar, controlar e punir os atos dos internos. Não havendo trocas sociais como comunicação, afetividade e acolhimento. Devido à falta de estímulos e excesso de violência, as pessoas com transtorno mental perdiam suas potencialidades e se tornavam incapazes de retornar ao convívio social (Guimarães et al 2012).

Desse modo é possível afirmar que no modelo asilar não há consideração da existência do sujeito, o objeto das práticas é a doença, a intervenção é centrada no doente, o trabalho multidisciplinar tem o médico psiquiátrica como o principal profissional dentro da instituição e os demais profissionais como complementares.

Enquanto no modelo de atenção psicossocial existe a necessidade de incluir a pessoa com transtorno mental como participante principal no tratamento, o objeto das práticas é a existência do sofrimento, a intervenção é centrada no indivíduo, na família, reconhecendo também a comunidade.

Há uma ênfase nesse modelo para reinserção social do indivíduo. Sendo assim, no modelo psicossocial por mais que exista a figura centrada do médico, há uma organização no esforço da criação de lógicas horizontais com a ideia de equipe interdisciplinar.

Quanto ao cuidado é pressuposto não ser operado exclusivamente pelo psiquiatra, mas por todo profissional do campo da saúde mental, pelo meio social e pelo próprio paciente. A despeito da incurabilidade da doença, a

proposta do cuidado encontra fundamentalmente no entendimento de que é possível produzir saúde (Borges, 2004, p.465).

A reforma psiquiátrica foi decisiva para que ocorresse mudanças na forma de lidar com o louco, mudando a lógica do manicômio para o cuidado no território fundado nos serviços comunitários.

Por outro lado falando do cuidado fora dos muros, é possível destacar a importância dos serviços que ajudam na mudança de vida da pessoa com sofrimento psíquico.

O CAPS como principal dispositivo dentro da Rede de Atenção Psicossocial tem destaque por consolidar a reforma psiquiátrica brasileira no sentido de prestar o atendimento de forma livre e com respeito, já que no modelo asilar não existiam meios de avaliação para que o indivíduo fosse internado no manicômio.

Hoje com o modelo de atenção psicossocial é possível ter acesso aos outros serviços, com o CAPS centralizado de maneira estratégica na utilização desses outros dispositivos.

Isso foi possível com a promulgação da Portaria n. 3080/2011 a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a Assistência em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser configurando a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (Silva et al, 2020).

Os sete componentes que fazem parte da RAPS são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Esses serviços são dados nas Unidades de Saúde da Família (USF), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nos Leitos Hospitalares de Atenção Integral, entre outros. Mesmo apresentando um grande número no que se refere as redes de saúde, as RAS são definidas pela política brasileira de saúde como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, lógico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. (Silva et al, 2020).

Com isso a RAPS tem o objetivo de ampliar o acesso a atenção psicossocial, promover vínculos e garantir a livre circulação da pessoa com transtorno mental a todos os serviços que ela necessitar. Uma prática que jamais poderia ser visualizada no modelo asilar, onde a ferramenta utilizada inicialmente era a segregação.

Para que fosse possível chegar aos serviços apresentados foi necessário haver a desinstitucionalização. A desinstitucionalização como um processo político-crítico complexo vai contra as teorias e os valores que se concretizam no manicômio, além de ir de encontro com a criação de novas realidades.

Destacando como exemplo a história de internos que viveram no antigo hospital colônia Teixeira Brandão, instituição criada em 1947 que teve sua história marcada por denúncias e maus tratos. Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) do município do Carmo RJ. que durante muito tempo se organizou dentro do modelo asilar, e com a desinstitucionalização passou para o modelo psicossocial mudando assim a vida dos internos. (Nicacio et al, 2013)

Com isso, uma nova realidade e mudança de vida foi possível na vida de pessoas com transtornos mentais que passaram pelo processo de desinstitucionalização, mudando radicalmente suas vidas, saindo do modelo asilar e passando a viver dentro do modelo de atenção psicossocial.

Saindo do modelo asilar e entrando no modelo psicossocial é possível visualizar a potencialidade do indivíduo, dando a ele empoderamento que se faz necessário para uma vida melhor, onde essas pessoas que sempre foram submetidas a opressão, dominação e discriminação, passam a ter condições de traçar projetos e conseqüentemente ter uma vida melhor.

É possível perceber a importância da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, sabendo que esses internos poderão construir uma nova realidade junto à comunidade resgatando os hábitos que foram perdidos por conta do tempo que passaram isolados. (Nicacio et al, 2013)

Experiências de internos que passaram pela desinstitucionalização retratam o contraponto que existe entre modelos asilar e psicossocial, além da importância no olhar voltado para o indivíduo com sua particularidade, sabendo que através do modelo psicossocial essas pessoas podem levar suas vidas de uma maneira

prazerosa. Além de contribuir significativamente com a comunidade em que vivem, afinal são pessoas que necessitam dos parâmetros do modelo psicossocial para lidar com suas inquietações e assim viverem bem sociedade.

2.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Antes de serem criadas leis em favor das pessoas com transtornos mentais, elas eram mantidas em hospitais psiquiátricos, hoje existem outras formas de atenção no que diz respeito ao cuidar, com a Reforma Psiquiátrica foi possível identificar grandes mudanças.

Amarante (2007) entende a reforma psiquiátrica como um processo social complexo, que como processo não tem fim pré-determinado e como complexo procura articular várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas as quatro dimensões: epistemológica, técnico assistencial, jurídico política e cultural.

A primeira diz respeito às questões teórico conceituais que abrangem o conhecimento psiquiátrico e a criação de uma nova prática na área de saúde mental; a segunda refere-se às questões relacionadas ao modelo assistencial para não tratar mais a doença, mas sim o novo sujeito; a terceira concretiza mais uma vez debater e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais e a quarta está relacionada a necessidade de transformação do lugar social, da alienação através de técnicas e intervenções que permitam novas relações entre a sociedade e a loucura. (Amarante 2001).

Dessa forma a Reforma Psiquiátrica deu um novo status às pessoas com transtornos mentais, que passaram a ser vistas como seres humanos que têm potencialidades a serem descobertas e desenvolvidas, e que não sejam mais excluídos da sociedade, mas sim participantes dela.

Com isso, o objetivo da reforma psiquiátrica brasileira é que indivíduos com transtornos mentais sejam respeitados pela sociedade e tratados de forma digna e em liberdade, esse também é o compromisso do CAPS.

Só ponto de vista populacional os CAPS são organizados conforme a Portaria nº 336 (MS) de 2002:

CAPS I prestam atendimento à adultos em área com população de 20.000 a 70.000 habitantes;

CAPS II prestam atendimento à adultos em área com população de 70.000 a 200.000 habitantes;

CAPS III prestam atendimento à adultos em área com população acima de 200.000 habitantes, além disso presta esse acolhimento durante 24 horas nos sete dias da semana;

CAPS I prestam atendimento à crianças e adolescentes em área acima de 200.000 habitantes;

CAPS ad presta atendimento à usuários de álcool e outras drogas, atende população em área acima de 100.000 habitantes (BRASIL 2004).

Qualquer pessoa pode procurar atendimento no CAPS, caso apresente intenso sofrimento psíquico que as deixa impossibilitadas de realizar seus projetos de vida.

O usuário poderá ser atendido através de encaminhamento adquirido na rede de atenção primária, ou poderá se deslocar diretamente ao CAPS mais próximo da sua região. Lá um profissional irá fazer a primeira escuta, e assim se articular com outros profissionais da equipe, apresentando a situação levada pelo usuário.

Nesse momento será possível construir estratégias ou um projeto terapêutico. Em casos que a pessoa não queira, ou não possa ter o atendimento no CAPS, ela poderá ser direcionada para outro serviço que se adeque a sua situação.

Em casos em que a pessoa não possa se deslocar até o CAPS, será possível o atendimento em sua residência por um profissional da equipe.

O CAPS pode ser acionado por um familiar ou vizinho, por isso a importância de procurar o CAPS mais próximo da sua região. O usuário do CAPS será acompanhado por um Terapeuta de Referência (TR). (Ministério da Saúde 2004).

Entendo que o trabalho desenvolvido no CAPS é realizado em um meio terapêutico. Dessa forma a convivência no Caps tem finalidade terapêutica, como os atendimentos que podem ser individuais ou em grupo.

Assim como o atendimento no CAPS é voltado para particularidade de cada usuário, existe então um projeto terapêutico que vai de acordo com essas necessidades.

Com isso o CAPS poderá oferecer três tipos de atendimento, intensivo onde se faz necessário um acompanhamento diário devido ao quadro clínico do usuário,

caso seja necessário esse atendimento pode ser domiciliar; semi intensivo é destinado aos usuários que deverão ser atendidos até doze vezes no mês; não intensivo para pessoas que ainda precisam de um suporte para continuar realizando atividades entre a família, trabalho e comunidade. (Ministério da Saúde 2004).

E é essa a roupagem que o CAPS traz, como principal dispositivo do novo paradigma de cuidado psicossocial, assim consolidando a reforma psiquiátrica brasileira.

Porém São muitos os desafios quando o assunto é por em prática a reforma psiquiátrica, e ainda mais desafiador é solidificar esses serviços de atenção diária, porém apesar dos obstáculos, o CAPS vem se efetivando na substituição do modelo hospitalocêntrico com a estratégia de minimizar a falha assistencial no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Destacando um dos desafios da reforma psiquiátrica, existe o de promover uma ruptura radical em relação ao modelo asilar, questionando seus conceitos e suas práticas para em seguida criar um paradigma científico, ético e político.

Com a inauguração do primeiro CAPS, Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, no ano de 1987, o modelo de hospital psiquiátrico foi sendo superado, além de dar viabilidade para tal superação devido a iniciativa política da prefeitura da cidade após liderar o programa de saúde mental dando condições para sua efetivação e sustentação.

As diretrizes traçadas no projeto de implantação do primeiro CAPS foram:

[...] Necessidade de pensar numa rede de atenção psicossocial com espaços intermediários entre a hospitalização integral e a vida na comunidade [...] oferecer a necessária continência a pessoas que socialmente invalidadas necessitariam de um espaço institucional que buscasse entendê-las instrumentalizadas para o exercício da vida civil (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1987: 4-5).

Esse seria o caminho que colocaria fim a lógica de confinamento, trazendo a reformulação da política pública de saúde mental de modo a abandonar o modelo asilar.

É possível então definir o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, como um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário dentro do sistema único de saúde (SUS), é um local de referência voltado para o atendimento de pessoas com transtornos persistentes severos/grave.

Os CAPS foram criados no intuito de dar acolhimento às pessoas com transtornos mentais, além de facilitar sua reinserção social e familiar dando apoio na busca por autonomia. No CAPS os usuários dispõem de atendimento social, médico, psicológico entre outros. A principal estratégia no processo da reforma psiquiátrica é representada pelo CAPS (Costa,2004).

No CAPS é possível contar com espaços próprios para o atendimento aos seus usuários em salas para atividades em grupo, para consultas e atendimentos individuais, entrevistas, terapias, oficinas, assembleias, além de espaço de convivência.

Também é caracterizado pela realização de atividades em espaços abertos e acolhedores além de ser localizado nos bairros próximos à comunidade. O CAPS tem a preocupação com o indivíduo, suas particularidades, sua história de vida, cultural e cotidiana (MS,2004).

Essa forma de atendimento faz com que o usuário do CAPS se sinta à vontade e acolhido, com maior interesse em frequentar o ambiente e sucessivamente encontrando maneiras de lidar com seu transtorno.

As redes de serviços em Saúde Mental formadas também pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental e emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em Saúde Mental na rede básica de saúde, passaram a substituir os hospitais psiquiátricos devido à reforma psiquiátrica e atual política de saúde mental no Brasil (Ministério Público Federal, Brasília 2001).

O CAPS se destaca dentro da rede de atenção psicossocial e age em articulação com os demais serviços também utilizados pela pessoa com transtorno mental, no intuito de elaborar estratégias em conjunto, fazendo com que o tratamento se torne mais eficaz.

Outros serviços de saúde no território poderão ser utilizados dando força as ações das equipes de saúde, entendendo o quão desafiador é a inclusão de pessoas

com transtorno mental. Assim formando uma rede social. Dessa forma o CAPS é considerado pela política de saúde mental um dispositivo estratégico na reinserção.

O acompanhamento à pessoa com transtorno mental através do CAPS se dá por meio de uma equipe multiprofissional atuando sob a ótica interdisciplinar. Uma equipe composta por assistente social, psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo,

A posição do CAPS na rede de serviços de saúde mental se dá no acompanhamento entre a internação e a vida em coletivo, percebe-se que é necessário criar um atual modelo de atenção instalado no conjunto das ações dentro da instituição. Dessa forma é possível tornar o trabalho eficaz.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) Daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (Brasil, 2004b:p78)

Existem caminhos na forma de como atua o CAPS, focados exclusivamente no melhor para o indivíduo, essa forma de trabalhar torna o serviço indispensável.

É possível apontar dois Campos de atuação do CAPS, o primeiro diz respeito ao cuidado com o usuário que necessita do serviço, o segundo a composição da atenção na localidade, na forma de se articular com outros serviços e recursos comunitários. Isso significa que existe um movimento incansável organizado dentro e fora do CAPS (Brasil 2004).

Com essa forma de atuar o CAPS trouxe outra realidade para as pessoas com transtorno mental, através do atendimento, que faz com que o profissional em serviço identifique as necessidades de cada usuário.

Em contraposição ao que era praticado no hospital psiquiátrico, a atenção desenvolvida no CAPS deve alcançar usuários em situação de crise ou respectivo acolhimento para permanência diária no serviço, por meio de projetos de reinserção

social, passando por intervenções na instituição, como um espaço terapêutico e favorável na formação de vínculos e novos meios de convívio (Brasil 2004).

O CAPS indica em seu atendimento alguns mecanismos como acolhimento individual, com prescrição de psicotrópicos, psicoterapia, orientações, acolhimento grupal, com atividades esportivas e de auxílio social, trabalhos de arte que traga uma renda, oficinas entre outros, além de acolhimento para familiares com atendimento básico e à grupo de familiares, visitas domiciliares, dinâmicas de ensino e lazer.

O acolhimento realizado com a família da pessoa com transtorno mental é de fundamental importância. Pois esse familiar necessita de um suporte, levando em conta seu adoecimento mental devido às dinâmicas e mudanças ocorridas na vida do louco que com ele vive, a reinserção do doente mental na sociedade é facilitada quando ele já se encontra no seu familiar.

O projeto adequado para cada usuário deve ser elaborado de acordo com a necessidade de cada um e com seu familiar, definindo com que frequência quais atividades devem ser realizadas.

Hoje esse tratamento é cada vez mais possível devido ao aumento e substituições de hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de saúde mental, que vai contrária ao sentido de isolamento solidificando a reforma psiquiátrica brasileira.

Os serviços substitutivos que fazem parte do sistema único de saúde (SUS) ajudam no tratamento do usuário com a preocupação de não mais excluir e sim o auxiliando na busca pela mudança e encontro do sentido da própria vida.

Os serviços podem ser encontrados em: ambulatórios de saúde mental, unidades básicas de saúde e do programa da família com destaque os centros de atenção psicossocial (CAPS), onde o tratamento à pessoa com transtorno mental é mais intenso. Qualquer pessoa que assim necessitar pode ter acesso a esses serviços.

Eles pertencem a rede de saúde pública dos Municípios e é de responsabilidade da prefeitura divulgar informações sobre sua existência, localização e funcionamento desses serviços por intermédio de seus canais. (Ministério Público Federal, Brasília 2001).

As pessoas que sofrem com transtorno mental precisam ser tratadas adequadamente, de acordo com a maneira de ser. Para o tratamento por meio de internação deve ser ordenado de maneira a oferecer assistência integral, com serviços médicos, de assistência social, psicólogos lazer e outros, com o propósito de volta para o seio familiar.

A legislação assegura um tratamento focado na desinternação. O indivíduo só poderá permanecer internado enquanto o serviço fora do hospital para o seu tratamento for insuficiente. (Ministério Público Federal, Brasília 2001).

E é esse o trabalho incansável trazido pelo CAPS no sentido de cada vez mais caminhar em favor da desinstitucionalização e contribuindo com o fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, buscamos nos aprofundar sobre a reforma psiquiátrica e CAPS, resgatando historicamente esse processo no Brasil, analisamos o desenvolvimento da reforma psiquiátrica de como as pessoas com transtornos mentais eram tratadas e como passou a ser depois desses processos.

O movimento brasileiro da luta antimanicomial é uma instância política que se caracteriza em um processo amplo de transformações sociais, o movimento antimanicomial é um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais.

Sabemos que ainda existe manicômios estabelecido no Brasil, o movimento antimanicomial vive em luta por direitos das pessoas com transtornos mentais, para que eles vivam em sociedade e tenham um convívio familiar digno.

Como citamos ao longo do trabalho que a reforma psiquiátrica brasileira passou por algumas experiências que contribuíram para os avanços, com semelhanças e experiências que são compromissadas com a implantação e consolidação do SUS.

A reforma psiquiátrica no Brasil avançou significativamente em termos de investimento da desinstitucionalização. No entanto, ainda são necessárias ações e estratégias de mobilização social e política para acelerar esse processo no país, pois o movimento da reforma psiquiátrica brasileira objetiva não apenas a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios.

O trabalho nos CAPS se caracteriza-se em um grande desafio em sua realização, com base na possibilidade de transformação da atenção. É importante para a consolidação da reforma psiquiátrica, o avanço está exatamente na possibilidade de existência de uma instituição como o CAPS, onde é possível notar todas essas contradições, no entanto é necessário que se estabeleça condições viáveis para encontrar os caminhos de superação.

Este estudo se propôs a mapear em que medida os CAPS contribuem para a reforma psiquiátrica brasileira, o desenvolvimento do movimento da reforma psiquiátrica e da formulação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a transformação do modelo de atenção com base na construção de práticas coerentes com a necessidade de assistência

inclusão social e exercício de direito de cidadania para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. BIRMAN, M. DELGADO, LEAL, E. TEIXEIRA, M. TENÓRIO, F. VASCONCELOS, E. **Reforma Psiquiátrica dos anos 80 aos dias atuais.** 2002 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 12 abr. 2022.

AMARANTE, P. BRASIL, COSTA, R. MS, MPF, OMS. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica** Disponível em:

[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/publico/Regina_Bichaff.pdf)

[121439/publico/Regina_Bichaff.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/publico/Regina_Bichaff.pdf) . Acesso em: 27 abr. 2022.

AMARANTE, P. COUTO, R. FRANÇA, A. ROSA, A. **Reabilitação psicossocial: estratégias e desafios de implantação em serviços substitutivos de saúde mental.** 2010.

BORGES, C. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Disponível:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/zMjfs3bPRTbfPS5djtYLS8F/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 23 abr. 2022.

GUIMARÃES, AN. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem.** Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhpjwx99tRHMv6fR8HLCc/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 18 abr. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Cartilha Direito à Saúde Mental 2001.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental No SUS: os centros de atenção psicossocial** 2004. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 7 mai. 2022.

NICACIO, E. BISNETO, J. **A pratica do Assistente Social na saúde mental.**

Ed.3 Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

PAIVA, I. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** 2006 Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>. Acesso em: 16 mar.2022.

SILVA, A. **Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/g9QdX8XZgXCVt4XphH4HvBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.