
**A busca da desinstitucionalização, reinserção e social
The pursuit of deinstitutionalization, and social
reintegration**

ANA PAULA LOPES MACIEL¹
ADILSON LOPES CARDOSO²

RESUMO: Este presente estudo, trata de uma descrição histórica sobre a desinstitucionalização. Visa descrever o fenômeno loucura desde os primórdios da humanidade, envolvendo todas as civilizações e várias camadas da sociedade moderna, adquirindo vários significados e interpretações ao longo dos tempos. Relata sobre algumas conquistas, alguns projetos falhos, e a constante busca por melhoria para esta classe, pois o que podemos observar claramente, é que a medida que os serviços vão construindo respostas e buscando saídas a esses impasses, novos se desdobram e colocam em pauta outras questões relacionadas a reinserção social. Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, nos quais foram utilizados artigos científicos dos anos de 2000 a 2008, considerando as datas anteriores para fatores históricos, com base de dados LILACS, de livros do Ministério da Saúde e legislação. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a evolução da reforma psiquiátrica durante a evolução humana e também situação no Brasil.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, reinserção social, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT: This present study deals with a historical overview on deinstitutionalization. Aims to describe the phenomenon insanity since the dawn of humanity, involving all civilizations and multiple layers of modern society, acquiring multiple meanings and interpretations throughout the ages. We report on some achievements, some projects failed, and the constant search for improvement for this class since we can clearly see, is that as the services are building exits and seeking answers to these dilemmas, new unfold and put on the agenda other issues related to social reintegration. This work is a literature review,

¹Aluna do curso de Pós Graduação em Especialização em Saúde Mental Sorocaba/SP - Rua General Carneiro, 1427, Vila Lucy, CEP-18043-004. Sorocaba- SP- Brasil. aniversitaria@hotmail.com

²Professor, Orientador, Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia.

which were used in the papers of the years-2000 to 2008, considering the dates prior to historical factors, with LILACS database of books and the Ministry of Health legislation. The aim of this paper is to review existing literature on the evolution of psychiatric reform during human evolution and also the situation in Brazil.

Key-words: Deinstitutionalization, social rehabilitation, psychiatric reform.

INTRODUÇÃO

O fenômeno loucura remonta a própria civilização como a conhecemos, desde os primórdios da humanidade, envolvendo todas as civilizações e varias camadas da sociedade moderna, adquirindo vários significados e interpretações ao longo dos tempos. Até a Idade Média, a loucura possuía uma áurea de misticismo, carregada de conteúdo no qual a ciência não compreendia e, muitas vezes fora de qualquer padrão de comportamento conhecido, portanto, em alguns casos, tratada através de sacrifício ou do exorcismo (GONDIM, 2001).

Aproximadamente em meados do século XVII, foram criadas varias casas de “internamento” que abrigavam todos os tipos de pessoas que vagavam pelas ruas, não só os considerados insanos, mais os desempregados, mendigos, prostitutas, epiléticos, entre tantos pertencentes a população excluída. O objetivo era retirar da sociedade todos aqueles inaptos para o trabalho ou que não possuíam características que a sociedade da época classificava como normal e educada (FOUCAULT, 2000).

Tais casas eram na verdade instituições que desempenhavam um papel diferenciado de assistência, como o de exclusão e de conversão espiritual, onde ate aquele momento não havia, ainda, a intervenção da medicina moderna através de seus representantes, tais como médicos, farmacêuticos, enfermeiros (FOUCAULT, 2000).

Em 1656, foi criado o Hospital Geral de Paris, o qual foi o marco do fenômeno vivenciado neste século, denominado por Foucault como Grande Internação. Este marco não se refere comente ao enclausuramento ou internação da loucura, mas a exclusão dos problemas em geral, como afirma Desviat (2002).

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto, foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e a crise econômica, então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção (DESVIAT, 2002).

Todavia, aquela parcela da população de indivíduos excluídos, passa a ter importância neste novo nicho a ser explorado, um novo mercado de trabalho emergente com suas novas concepções de cidadania, liberdade e igualdade.

Com isso a internação não tinha nenhuma vocação médica. Tratava-se de uma medida assistencial para este grupo de indivíduos que crescia juntamente com as grandes cidades européias. O hospital que deveria cuidar da população que possuía enfermidades, acaba por dar assistência àqueles que a sociedade não julgava adequados, desenvolvendo uma outra função como medida de proteção social onde são desenvolvidas na Europa que tinham. Segundo Vianna (2002), o fim de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação do assalariamento.

Independente de qualquer que fosse a abordagem dada, a miséria precisa ser banida de alguma forma. Para isso, precisa ser enfrentada, e o internamento é o caminho. Cabe ressaltar que a questão da pobreza passou a ser um problema a ser tratado pelo Estado, tornando-se uma questão pública.

Os loucos como os outros internos, foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaurava na sociedade européia e, além disso, representavam uma “aberração” irracional diante do novo mundo, no qual a razão ocupava o lugar central.

Praticamente durante todo o século XVII e boa parte do século XVIII, os hospitais foram a única forma de assistência dos loucos. Neste período não havia nenhuma preocupação médica para com a loucura, e o hospital (ainda que, em alguns casos, houvesse doentes e médicos) não tinham função médica também. Apenas no final do século XVIII, esta situação será modificada e a loucura passará a ter status de doença mental. Surgirá uma área de conhecimento própria para tratá-la como tal, a psiquiatria, bem como um lugar específico para este fim, o manicômio (DALGA-LARRONDO,1995).

Em 1973, Philippe Pineal foi designado médico chefe do hospital de Bicêtre, que era uma instituição de assistência filantrópica e social, com uma grande variedade de pessoas internadas. Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, Pineal libertou os loucos das correntes e separou-os daquela população excluída. Iniciou o que passou a ser denominado de tratamento moral, que compreendia a classificação do espaço institucional, a classificação dos pacientes, e o estabelecimento de uma relação específica de autoridade entre o médico e o doente (GONDIM, 2001).

Para Pessot (1996), Pineal realizou uma verdadeira revolução na teoria da loucura, em sua época, por duas questões:

- atribuir a origem passional ou moral para a alienação mental;
- redefinir totalmente as funções do manicômio, que passa a ser considerado um instrumento de cura.

Também Birman (1978) considerou que Pineal empreendeu a primeira revolução psiquiátrica. Para Amarante (2003), a grande contribuição de Pineal foi trazer a problemática da loucura para a medicina, ou atribuir à loucura o sentido de “doença”.

Portanto a loucura passa a der um objeto observável, palpável, tratável, compreendida não mais como algo sobrenatural e fora das esferas da ciência, e sim como limitação da percepção humana. Desta forma, dependendo do isolamento do paciente, o mundo exterior seria necessário para a recuperação e socialização do doente, bem como o controle de determinados espaços e tempo como a única forma de torná-los sociáveis e capacitados para o trabalho. Neste contexto da revolução surge o alienismo, como possível solução para a condição dos alienados. Eles não poderiam gozar dos mesmos direitos dos demais cidadãos, mais também não poderiam ser simplesmente excluídos, pois tal atitude contradizia o lema de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”. Além disso, o alienado teria a sua liberdade condicionada a educação e aos bons costumes da sociedade, deixando para traz suas paixões e desejos, que estariam lado a lado com a irresponsabilidade (AMARANTE, 1995).

Contudo ao final do século XIX, inicia-se um processo de enfraquecimento do alienismo conseqüente as denúncias sobre a ineficiência da pratica do enclausuramento, e do hospital quanto espaço terapêutico. Na base desse enfraquecimento, o numero excessivo de internações (DALGALARRONDO, 1995).

Nesse período, começam a surgir novas concepções sobre a doença mental, que passa a ser observado sobre uma nova ótica, entendida como de origem neurológica. Nesta perspectiva, o louco é visto como um organismo doente e que funciona mal. A loucura já não é mais passível de tratamento moral e deveria ser tratada dentro do modelo médico tradicional (SHORTER, 2001).

Assim na primeira metade do século XX, surgem novas modalidades de tratamento psiquiátrico, de caráter biológico (insulina e melarioterapia, cardiazol, eletroconvulsoterapia e lobotomia), o que representou um grande avanço terapêutico a psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante, começaram (1995) dentre as varias experiências de transformação no qual o hospital psiquiátrico passou, a ser desenvolvidas, sobretudo, a partir da década de 40, varias propostas. A literatura divide as experiências em três grandes grupos principais:

- a) Tinha como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional);
- b) Assumir a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia do Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva);
- c) E o que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e praticas (Anti-psiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana).

Dos modelos de reforma citados anteriormente, todos esses, sem exceção, tem em comum, o fato de questionar durante o trabalho terapêutico do hospital psiquiátrico, pois todos estes modelos partem do pressuposto comum, no qual o hospital não recupera nem auxilia na recuperação dos internos (AMARANTE, 2003).

Entretanto, com exceção da anti-psiquiatria e das experiências italianas, estas reformas se limitam apenas as críticas ao hospital psiquiátrico, em si. Ou seja, limitaram-se a buscar um outro lugar para tratar os pacientes, sem, contudo, questionar ou criticar a própria concepção da doença mental, o saber psiquiátrico, a psiquiatria (AMARANTE, 2003).

Assim, o hospital psiquiátrico passa ser responsável pela deterioração dos pacientes, pela produção e manutenção da doença. Com isso, uma serie de experiências visando a transformar o espaço asilar e o tratamento dado à loucura passou a ser desenvolvida (AMARANTE, 2003).

Dentre os vários problemas enfrentados historicamente pela psiquiatria no que se refere ao tratamento dado aos seus pacientes, podemos citar a sua reinserção social pois, é necessário um processo de reforma psiquiátrica com condição de inserção deste paciente na sociedade, cujo o maior desafio é tornar-se uma conquista e não uma concessão aos direitos deste paciente, contribuindo assim para uma nova construção de avanços na atuação da assistência em saúde mental, seja no Brasil ou ao redor do mundo (AMARANTE, 1995).

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, nos quais foram utilizados artigos científicos dos anos de 2000 a 2008, considerando as datas anteriores para fatores históricos, com base de dados LILACS, de livros do ministério da saúde e legislação.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a evolução da reforma psiquiátrica durante a evolução humana e também situação desta no Brasil.

Avaliar os resultados obtidos e buscar novas maneiras de melhorá-las.

História da Psiquiatria no Brasil

O Brasil durante o período colonial, tratava seus pacientes “loucos” trancafiados em casa, ou os deixava perambulando pelas ruas, entregue a própria sorte e se misturando a grande massa de desempregados, mendigos, criminosos e escravos alforriados, sem dúvida não havia nenhum tipo de assistência ao alienado, salvo alguns casos de grande repercussão, nesses casos, os loucos eram então recolhidos nas cadeias (TENÓRIO, 2002).

Um pouco mais adiante, exatamente no século XVIII, esses pacientes, começaram a ser encaminhados aos anexos para loucos existentes nas Santas Casas de Misericórdia. Onde neste período histórico, foram inicialmente as primeiras instituições de saúde a assumir os cuidados de atenção aos alienados (TENÓRIO, 2002).

Outro marco histórico ocorreu com a inauguração do Hospital Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1852, é dado o início da assistência psiquiátrica brasileira, ainda desprovida de qualquer intervenção médica, durante esse período, o cenário tinha como característica no lugar do médico, a exclusão do poder administrativo no hospital, que ficava a cargo da Santa Casa. Durante o seu trabalho, os médicos eram assistidos pela presença das irmãs da caridade que faziam os serviços nas enfermarias (MAGRO FILHO, 1992).

Durante as décadas de 40 e 50 é que ocorre um fenômeno de crescimento dos hospitais psiquiátricos. Em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados. Estes últimos, embora em maior número, representavam cerca de 20% dos leitos psiquiátricos existentes, enquanto os públicos detinham o restante (PAULIN; TURATI, 2004).

Já no início da década de 60 é que começa é que começa uma inversão na proporção de leitos público e privados. Este período foi de extrema importância, pois ocorreu o aumento substancial de leitos privados, que passaram a ser responsáveis por mais de 70% dos leitos hospitalares disponíveis (PAULIN; TURATI, 2004). Além disso, as instituições políticas apresentavam superlotação com características de descaso para com os pacientes, pois o estado não possuía material e profissional suficientes que prestassem uma assistência digna, mostrando-se incapaz no tratamento para com os pacientes. O processo de privatização da psiquiatria apontava para existência de uma verdadeira indústria da loucura no país, tornado-se um negócio lucrativo (CERQUEIRA, 2001).

Durante este processo denominado “indústria da loucura” ocorria a compra de leitos em hospitais psiquiátricos privados pelo governo, estratégia para “desafogar” a superlotação dos hospitais públicos e garantir um maior acesso este tipo de atendimento. Resende (1994) demonstra esse aumento da rede privada, afirmando que, em 1965, existiam quatorze mil leitos nessa rede e que, em 1970, esse número havia saltado para trinta mil.

O autor comenta também, que não havia, nesse período controle sobre o tempo de internação, que chegava a média de três meses.

Com o aumento da demanda por mais leitos em hospitais, a internação em hospitais psiquiátricos passa a sofrer uma análise dura e mais crítica, pois nesse modelo ocorria a conseqüente exclusão do convívio social dos pacientes, o que acarreta em diversos questionamentos pelos profissionais da área da saúde mental e pelos familiares dos doentes (RESENDE, 1994).

Conseqüentemente, vários segmentos da sociedade, como a imprensa escrita e falada, os meios intelectuais e as universidades integram um movimento de reivindicação das reformas na assistência psiquiátrica brasileira. Nas duas décadas seguintes, esse movimento se amplia e ganha força, especialmente a partir dos princípios estabelecidos pela Constituição de 1998 e pela regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990. A publicação das portarias ministeriais 189 e 224, em 1992, o financiamento, até então, inexistente de recursos assistenciais instalados na comunidade (como os Hospitais Dia, e os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial), e estabeleceram os critérios para o funcionamento dos hospitais (BRASIL, 2004).

Com execução dessas e outras medidas, acabaram por promover a inversão do modelo centrado na internação e culminaram na redução

expressiva do número de leitos psiquiátricos existentes. Paralelamente a essa diminuição, foram criadas unidades psiquiátricas em hospitais gerais e multiplicou-se o número de CAPS no território nacional. No ano de 1991, no Brasil havia 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos. Dentre os quais muitos pacientes estavam internados há vários anos e grande parte já tinha perdido a totalidade de seus vínculos sociais e familiares (BRASIL, 2004).

Residências terapêuticas

Para promover melhoria e atender a reivindicação da reforma psiquiátrica, de uma maneira mais humana para a grande população de doentes crônicos, no contexto da reforma psiquiátrica, novos dispositivos foram criados. Nesse cenário destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (ou simplesmente, Residência Terapêutica), que tem por objetivo, promover a reinserção social de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2004).

Esta nova proposta no Brasil, ganha força excepcionalmente na década de 90.

A proposta das residências terapêuticas dá-se em resposta a indagação sobre o que fazer com as pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. A resposta surgiu durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se ressaltou a importância do laço familiar, estratégia importante da implantação dos chamados lares abrigados. No entanto, tardiamente, a sua regulamentação somente ocorre em 2000, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, das portarias 106 e 1220 (FURTADO, 2006).

Constitui-se como Residências Terapêuticas, a modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, com a finalidade principal de facilitar a reabilitação dos pacientes. Durante os anos de hospitalização, a subjetividade dos pacientes, é constituída nos moldes estabelecidos pela instituição. Com a mudança para a residência terapêutica eles são confrontados com uma outra realidade e precisam reelaborar todo o seu universo de significados, assim como precisam reaprender as atividades cotidianas e sociais.

Para alcançar esses objetivos, é necessário instituir programas específicos que visam garantir a reinserção social dos pacientes. O propósito desses programas é o de desenvolver habilidades domésticas e sociais que resultem em maior grau de autonomia em diversas áreas de vida cotidiana, para que ocorra reinserção social satisfatória e

conseqüente melhora na qualidade de vida dos pacientes desospitalizados.

Diversos estudos avaliam que esses parâmetros são escassos no contexto brasileiro. Como existe uma tendência crescente de abertura de novas residências terapêuticas, torna-se necessário a realização de pesquisas para avaliar esses projetos, tanto em termos da satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos, quanto do impacto dessas ações na comunidade, na utilização de instrumentos padronizados facilitando a avaliação das áreas deficitárias, das necessidades dos pacientes auxiliando o planejamento das intervenções.

Este tipo de trabalho favorece ainda o monitoramento dos efeitos desses programas na vida dos pacientes e permite acompanhar sua evolução na comunidade, promovendo sua melhor interação com a comunidade na qual ele faz parte (LIMA, 2003).

Mudanças Políticas de Saúde

No final do ano de 2001, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi precedida por etapas estaduais, municipais e regionais, as quais envolveram cerca de vinte e três mil pessoas. A etapa nacional contou com um mil, quatrocentos e oitenta delegados, representantes de todos os segmentos. Essa Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferiu aos CAPS, o papel estratégico para mudança do modelo de assistência (OMS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser os articuladores as redes de saúde mental em seu território e articular os recursos existentes em variadas redes. O objetivo principal dos CAPS é o de oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A expansão da rede de CAPS tem sido uma das principais estratégias da atual Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. No ano de 2004, inclusive, foi realizado o I Encontro Nacional de CAPS em São Paulo, o qual contou com a participação de duas mil pessoas e avaliou os desafios e avanços da mudança do modelo assistencial de saúde mental no País. Segundo dados do Ministério da Saúde, no final da década de 80, havia 10 CAPS no Brasil. Em 2001, ano da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, já eram contabilizados 295, e em 2003, 500 CAPS (BRASIL, 2004).

Entretanto, se esses serviços têm o caráter substitutivo ao hospital, fundamental no paradigma da desinstitucionalização, é uma questão que ainda merece ponderações. Dentre as quais a primeira questão a ser ponderada, refere-se à distribuição espacial dos CAPS que, conforme o próprio Ministério da Saúde, reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. O MS (Ministério da Saúde) utiliza o indicador de CAPS/100.000 habitantes para desenhar o quadro geral da assistência.

Quadro de distribuição de CAPS por regiões brasileiras

Região	População	CAPS
Norte	1.5142.684	61
Centro Oeste	13.695.944	79
Nordeste	53.088.499	482
Sudeste	80.187.717	443
Sul	27.497.970	261
Brasil	189.612.814	1326

Fonte: BRASIL (2005)

O quadro apresenta um fato importante a ser destacado. A cobertura populacional por rede de CAPS é desigual no Brasil. Enquanto temos a região nordeste com maior cobertura, temos a região sudeste com maior população. Cabe ressaltar que, até 2004, o Amazonas, por exemplo, não tinha nenhum CAPS cadastrado, caso que foi destacado no I Congresso Nacional de CAPS.

A Assistência Psiquiátrica na atualidade

A filosofia da reforma psiquiátrica tem sido baseada nos princípios básicos dos cuidados na comunidade, os quais são:

- desinstitucionalização e diminuição dos leitos hospitalares,
- desenvolvimento de programas e serviços alternativos,
- integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação (OMS, 2001; BECKER; VASQUEZ-BARQUEIRO, 2001).

Nos tratamentos de base comunitária, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados, facilitando a integração social. Contrasta-se, em diversas pesquisas, que os pacientes desospitalizados se encontram mais satisfeitos quando residem na comunidade do que em hospitais. Em alguns estudos, a população também demonstrou atitudes positivas em relação à proposta da psiquiatria comunitária (LAUBER et al., 2006).

Depois da saída do hospital, os pacientes podem permanecer com sintomas psiquiátricos inalterados Barbato et al. (2004) ou apresentar melhora nos escores avaliados antes da desospitalização (RUY et al., 2006). Em melhor percentual, alguns pacientes apresentam exacerbação da sintomatologia e precisam ser rehospitalizados (HOBBS et al., 2000). De acordo com Leff e Trieman (2000), a presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desospitalizados não prejudica a aquisição das habilidades necessárias para viver em comunidade. A saída dos pacientes do hospital, de forma a garantir uma reinserção social bem sucedida, está à existência de vários serviços na comunidade, com diversos estados de atenção e complexidade, profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas (LIMA et al., 2003).

A falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção de medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise, são fatores que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes (BANDEIRA et al., 1998).

Como possíveis conseqüências dessas deficiências apontam-se o abuso de substâncias, a mendicância, e o envolvimento em pequenos delitos e as hospitalizações freqüentes (MORGADO; LIMA, 1994). Além desses, alguns trabalhos mostram aumento nas taxas de suicídio, Munk-Jorgensen (1999), maior quantidade de leitos ocupados em hospitais gerais e aumento do número de leitos forenses (PRIEBE et al., 2005).

Intervenções e Programas de Reabilitação

Em linhas gerais, o termo refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas, que são utilizadas para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção na sociedade (SARACENO, 1997). 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 (BARTON, 1999).

Um dos exemplos que podemos citar esta sendo realizado no município de Barbacena onde dentro das casas, ocorrem reuniões semanais dos técnicos com os moradores, é quando se aproveitam a ocasião e o espaço para o treinamento da fala e da escuta e para a manifestação individual de desejos, dúvidas, angústias e curiosidades.

Nessas reuniões, os moradores aprendem a negociar e resolver os conflitos, a elaborar as dificuldades e os medos diante das novas situações vividas. As tarefas de cada um, dentro da casa, são definidas e os assuntos de interesse individual ou coletivo são discutidos (VIDAL et al., 2006).

O trabalho da equipe visa a elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais, estabelecendo as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um (VIDAL et al., 2006).

O atendimento de eventuais alterações psiquiátricas é feito no CAPS e, havendo necessidade, o morador é hospitalizado por curto período. Neste sentido, cabe ressaltar que as intercorrências psiquiátricas são pouco frequentes, de pequena gravidade, e resolvidos na própria casa. Em cinco anos, apenas um paciente teve que retornar ao hospital (VIDAL et al., 2006).

Em curso, existe um programa de capacitação permanente para os cuidadores. Nele, são discutidos temas relacionados ao desempenho das atividades, incluindo a abordagem de questões de natureza afetiva e emocional do grupo (VIDA et al., 2006).

Uma vez que o programa de capacitação se desenvolve, cada morador é acompanhado durante os dias da semana e os cuidadores lidam com a resolução de todas as situações que ocorrem no cotidiano das pessoas, desde sintomas clínicos e controle de medicação, até problemas de ordem prática que surgem em uma casa, tais como, falta de água, pequenos acidentes domésticos e conflitos entre moradores. Trata-se de trabalho realizado dentro de perspectivas diretivas e assertivas, procurando envolver e manter o paciente nas atividades terapêuticas. A abordagem assertiva significa que o tratamento deve ser levado ao paciente, em vez de esperar que ele procure pelo cuidado. Ele deve ser motivado a participar e (VIDAL et al., 2006).

Além disso, nesta abordagem, o q se busca, é a responsabilização do próprio morador por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo, com ele, alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas.

Oficinas Terapêuticas

Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como: atividades grupais de socialização, expressão e inserção social através da Portaria 189 de 19/11/1991, e as cooperativas sociais, Lei n° 9867 10/11/1999 dispõe sobre a criação e o funcionamento

de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos e constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico por meio do trabalho. São considerados em desvantagem para efeitos da lei, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos, entre outros, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental objetivam se diferenciar em relação às suas práticas antecessoras, práticas decorrentes da idéia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como “tratamento moral”.

A utilização das artes dentro das oficinas terapêuticas num processo de antes e depois da perspectiva da reinserção e reabilitação psicossocial sofreu significativas transformações que serão descritas no quadro abaixo.

Quadro de artes na Oficina Terapêutica

ANTES	HOJE
Técnica Livre. Acreditava-se que o fazer arte já propicia a “cura por si” por ser um veículo de acesso ao conhecimento do mundo interior.	Técnica com uma finalidade e um propósito definido. Ações inclusoras que proporcionam heterogeneidade e oportunidades de ações com base na desinstitucionalização.
Centra as estratégias terapêuticas no indivíduo extraído do contexto familiar e social.	Centra as estratégias terapêuticas no indivíduo inserido no seu contexto familiar e social.
Ênfase nos trabalhos individuais e grupais com usuários.	Ênfase nos trabalhos coletivos com usuários, familiares e comunidade. Visando a integração e a socialização dos mesmos.
Processo de ocupação aleatória do doente mental.	Processo que permite a expressão de sentimentos, emoções e vivências singulares aos doentes mentais.
Prioriza o poder hegemônico dominante (poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais). Ênfase na segregação, no estigma, na exclusão, na violência, no preconceito, na alienação, na cronificação, nas desigualdades, na diferença, na discriminação e conseqüentemente “morte dos indivíduos”.	Prioriza a autonomia, o processo criativo e o imaginário do paciente e despsiquiatrização (retirada do médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, passando a ser compartilhada com outros profissionais). Da ênfase na originalidade, na expressividade, nas possibilidades e na desmistificação.
Utiliza vários recursos expressivos como a pintura, o desenho, a modelagem e o artesanato.	Utiliza-se de múltiplos recursos expressivos, como dramatização, fotografia entre outros, além dos já citados anteriormente.

Ante as características citadas anteriormente, pensamos em alguns princípios básicos que deveriam nortear o referido processo. Entre eles podemos enumerar:

- Todos os indivíduos podem e devem projetar seus conflitos internos sob forma plástica, corporal, literária, musical, teatral, etc;
- Valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do paciente;
- Fortalecimento da auto-estima e da autoconfiança;
- Visar à reinserção social dos usuários;
- Inter e transdisciplinariedade: uma “miscigenação de saberes e intervenções;
- Intersecção entre o mundo do conhecimento e o mundo da arte, pela expressão da subjetividade;
- Reconhecimento da adversidade.

DISCUSSÃO E REFLEXÃO

A assistência em saúde mental vem se transformando, praticamente desde sua origem, com o conhecido “gesto de Pinel” de desacorrentar os loucos do Bicêtre. Desde então muitos foram os movimentos reformistas, as propostas, as discussões que tentaram compreender a incompreensível loucura e se aprimorar do saber a respeito do louco.

A inversão do modelo centrado na internação e conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade, constitui hoje, o paradigma dominante na assistência psiquiátrica. As características diversas dos pacientes de outros serviços e localidades, e de diferentes metodologias utilizadas, os dados da literatura indicam que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, sendo beneficiados com mudanças do local de tratamento.

A proposta das RTs e dos programas de reabilitação, conforme salientado, é promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento de autonomia. É um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer também que esses programas sejam desenvolvidos de forma continuada e dinâmica, para manutenção dos ganhos e com ajustes freqüentes de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.

Como citado anteriormente às residências terapêuticas tem se constituído como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Para melhor entendimento, podemos citar o caso da cidade de Barbacena, onde todos os pacientes participam dos programas de reabilitação propostos, que objetivam o desenvolvimento da autonomia, o treinamento de habilidades cotidianas e comportamento social.

Apesar das deficiências apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com as estratégias de reabilitação utilizadas, mostrou-se satisfatória para a maioria deles. Espera-se que as mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores.

Dessa forma podemos afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira está em construção, envolvendo uma série de atores e interesses. Desde a origem das primeiras ações destinadas aos loucos no Brasil, até os dias atuais, muitas foram as disputas e estratégias no sentido de “destinar um lugar ao louco”.

Ao falarmos da inserção dos portadores de transtornos mentais crônicos, deve-se não apenas levar em consideração a sociedade que os exclui, mas a sua própria subjetividade, as limitações decorrentes de muitos anos de institucionalização, como a mortificação do eu, a perda de própria identidade, a abolição do desejo, a perda da subjetividade através da objetividade institucional. Esta outra via está voltada para as reais necessidades dos portadores de sofrimento psíquico, buscando romper com a cronificação e a travessia para os espaços da reabilitação e construção/reconstrução da autonomia para a vida cotidiana.

Conclui-se então que a busca pela implementação de políticas sociais que visem não o mero assistencialismo, mas o acesso da população brasileira em geral, das pessoas com transtorno mental em particular, à condição efetiva de cidadãos.

Cabe ressaltar que é preciso construir um referencial teórico embasado nas práticas que se efetivam nas residências terapêuticas, permitindo reflexões, construindo conceitos que darão margem a outros estudos que possam gerar subsídios para os trabalhadores de saúde mental e assim consolidar avanços nos novos dispositivos em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica e na reinserção do paciente psiquiátrico.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-94, 1995.
- AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIO TEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.47, n.12, p. 627-40, 1998.
- BARBATO, A. et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of psychiatric hospital in Italy. **Psychiatric Services**, Washington, v.55, n. 1, p. 67- 70, 2004.
- BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services en community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. **Psychiatric Services**, Washington, v.50, n. 4, p. 525- 532, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, L. Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. In: RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUDIS, A.S.; COSTA, N.R. (org) **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DALGALARRONDO, P. **Civilização e loucura**: uma introdução à história da etnopsiquiatria. São Paulo: Lemos, 1995.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000 (Edição original em 1972).
- FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** v, 11, n. 3, p. 785-95, 2006.
- GODIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

HOBBS, C. et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. **Australian and Zeland Journal of Psychiatry**. Melbourne, v.34, p.476-83, 2000.

LAUBER, C. et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 52, n. 3, p. 234-42, 2006.

LEFF, J.; TRIEMAN, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 176, p. 217-23, 2000.

LIMA, L.A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n.2, p. 143-58, 2003.

MAGRO FILHO, JB. **A tradição da loucura**. Belo Horizonte: Coopmed, 1992.

MORGADO, A.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 43, n. 1. p. 19-28, 1994.

MUNK-JORGENSEN, P. Has deinstitutionalization gone too far? **European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Berlin v. 249, p. 136- 143, 1999.

OKIN, R.L. et al. Long-term of state hospital patients discharged into structured community residential settings. **Psychiatric Services**, Washington, v. 46, p. 73-78, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

PAULIN, LF.; TURATI, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. v. 11, n. 2, p. 241-58, maio/ago. 2004.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PRIBES, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. **British Medical Journal**, London, v. 330, p. 123- 126, 2005.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15- 74

RUY, Y. et al. Desinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 40, p.462-70, 2006.

SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 20, p.10- 15, 1997.

SHORTER, E. **Uma história da psiquiatria**: da Era do Manicômio à idade do Prozac. 1. ed. Lisboa: Climepsi, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VIANNA, M.L.W. **Em torno do conceito de políticas sociais**: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002.

VIDAL, C.E.L.; VIDAL, L.M.; FASSHERBERV. Residência terapêutica uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. **Cadernos IPUB**, v.12, n. 22, p. 155-61, 2006.

Enviado em: julho de 2012.

Revisado e Aceito: agosto de 2012.