

Saúde mental no Brasil: revisão de literatura **Mental health in Brazil: review of literature**

EMERSON TOSHIKI KOYAMA¹. Aluno do curso de graduação em
Fisioterapia da UNINGÁ
emersontoshi@hotmail.com

FRANCIELLY FLORES CUSTODIO. Aluna do curso de graduação em
Fisioterapia da UNINGÁ

MICHELE FERNANDA MISCHIATI
Docente e Especialista de fisioterapia da Faculdade Ingá-UNINGÁ

RESUMO

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental. A Reforma Psiquiátrica estava sendo evidenciada em todo o mundo, em especial no Brasil, devido a sua história de repressão militar. Teve em sua matriz a Reforma psiquiátrica italiana, formulada por Basaglia. Foi um grande passo na humanização dos tratamentos. O objetivo desse estudo foi analisar sobre a reforma psiquiátrica e a saúde mental no Brasil. Este estudo teve como base, pesquisas em sites científicos como Lilacs, Scielo, Bireme e literaturas relacionadas à saúde mental, reforma psiquiátrica no Brasil, psicologia e psiquiatria. Conclui-se que é necessário a construção de uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, preconizando mais e mais o indivíduo portador de algum sofrimento psíquico. É fundamental que sejam criados e adaptados estruturas e recursos de atenção ao doente mental, de forma a incluí-lo no seu meio social, portanto, a necessidade de políticas públicas que dêem maior suporte à esses pacientes.

Palavras - Chave: Psiquiatria. Saúde Mental.

ABSTRACT

Psychiatry brings along some of its history landmarks that guided the service to the mentally ill. Psychiatric Reform was being observed throughout the world, especially in Brazil, due to its history of military repression. He had in his shade the Italian psychiatric reform, formulated by Basaglia. It was a big step in the humanization of the treatments. The aim of this study was to assess the psychiatric reform and mental health in Brazil. This study was based, scientific research on sites like Lilacs, SciELO, BIREME and literature related to mental health, mental health reform in Brazil, psychology and psychiatry. Conclude that it is necessary to build a new history of psychiatric treatment, recommending more and more the individual with some distress. It is essential that they be created and adapted facilities and resources of care to the mentally ill in order to include it in their environment, therefore, the need for public policies that give greater support to these patients.

Keywords - Key: Psychiatry. Mental Health.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental, como por exemplo, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Atualmente estamos vivendo o período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência (ESPERIDIÃO, 2001).

¹ endereço para contato: Rua Cuiabá, Bairro Cidade Nova, 87030-070, Maringá-Paraná-BR. E-mail:emersontoshi@hotmail.com

Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão (MOREIRA, 2008).

Segundo Evaristo (1998), a Organização Mundial da Saúde recomenda investir menos recursos aos hospitais psiquiátricos, voltando-se às estruturas comunitárias mais elásticas e contextualizadas, possibilitando-se intervir de maneira mais individual e humana, por exemplo, no Brasil a implantação dos Caps e Naps.

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVII (FOUCAULT, 1978).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastados dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES & SENA, 2001).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar sobre a reforma psiquiátrica e a saúde mental no Brasil. A operacionalização dessa abordagem utilizará como recursos a bibliografia acerca do tema e documentos, como os anais e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de levantamento de artigos científicos, pesquisados em bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Bireme e literaturas relacionadas na área de psicologia e psiquiatria

REVISÃO DE LITERATURA

Contextualização do Transtorno Mental

Segundo Santos (2002), Transtorno Mental Comum se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth Edition*).

Os transtornos mentais e de comportamento (TMC) são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10) (IACOPONI, 1999). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos à esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001).

O termo “doença mental” ou transtorno mental, engloba um amplo espectro de condições que afetam a mente. Doença mental provoca sintomas tais como, desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória. Algumas vezes, doenças em outras partes do corpo afetam a mente; outras vezes, desconfortos, escondidos no fundo da mente pode desencadear outras doenças do corpo ou produzir sintomas somáticos (BRAZIL e GROHS, 2005).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento; esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença e esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Política de Saúde Mental do SUS

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonista dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (MELLO; MELLO E KOHN, 2007).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária (a Reforma Sanitária ocorreu no início da década de 1940 e desenvolvido nas próximas décadas; já a Reforma Psiquiátrica teve suas reivindicações na década de 70), o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Histórico da Reforma: (I) crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991)

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Os resultados objetivos do movimento antimanicomial italiano foram a conquista de uma nova legislação psiquiátrica (Lei 180) e uma profunda reforma do modelo assistencialista. A Lei 180, conhecida como Lei Basaglia (anexo 2), de 1978, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália, regulamentou o seqüestro e a internação de doentes mentais, de modo a se evitar arbitrariedade, recolocou o portador de transtorno mentais no centro do processo de tratamento, [...], garantiu ao usuário o direito à comunicação e à informação e reorientou a assistência nos serviços extra-hospitalar (GOULART, 2004).

Segundo Brasil (2005), a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de

ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

Segundo o mesmo autor, houve neste período o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas; são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

Para Goulart (1992; 2004; 2006), as reformas de hospitais públicos se revelariam insuficientes ou mesma inócuas frente à gravidade do problema. Mesmo as primeiras propostas ambulatoriais, ainda na década de 1980, através da estruturação das equipes de saúde mental, foram ineficientes. Em Belo Horizonte (MG), a assistência ambulatorial chegou a produzir distorções de demanda (selecionando a clientela que não era de risco e excluindo as situações de crise e os casos mais graves) e de resolutividade (segregação, medicalização e psicologização). As equipes de saúde mental não enriqueceram a leitura dos problemas enfrentados pela clientela da política de saúde mental.

Segundo Goulart (2007), o Brasil estava em um cenário de luta por redemocratização, por eleições diretas para presidente e pela reestruturação do sistema de saúde brasileiro, uma série de reformas de iniciativa governamental se insinuou, buscando a integração institucional entre o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social e os demais níveis administrativos regionais, municipais e locais.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

A sociedade civil, através da I Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, de Saúde Mental (1987), propôs a Constituição Cidadã (1988), que estabeleceu a saúde como direito do cidadão e obrigação do estado, e criou o SUS, Sistema Único de Saúde, a qual as ações em saúde mental estariam organizadas (GOULART, 2007).

Histórico da Reforma: (II) começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da

Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005)

Para Mello; Mello e Kohn (2007), neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)

Goulart (2007), relata que após 12 anos de tramitação, o Projeto Lei Paulo Delgado foi sancionada em abril de 2001, convertendo-se em Lei Federal n. 10.216. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais por inúmeras emendas, converteu-se em linhas gerais, numa legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória.

Segundo Brasil (2005), linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (MELLO; MELLO E KOHN, 2007).

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005).

É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (MOSTAZO E KIRSCHBAUM, 2003).

Saúde mental no Brasil

Os transtornos mentais comuns (TMC) constituem uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. A prevalência de transtornos mentais em jovens adultos é alta, podendo chegar a 25-40%, possivelmente porque nesta fase a maioria dos transtornos psiquiátricos ocorrem em frequências mais elevadas na população (ANSELMINI et al., 2008).

A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, foi, neste sentido, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes e para a construção e consolidação de uma política de saúde para esta população específica. O Fórum busca incorporar as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), importante documento legal, aprovado em 1990, que tem o objetivo de assegurar os direitos de cidadania a crianças e jovens.

É função do Fórum a promoção de uma articulação eficaz entre os variados campos de atenção à infância e à adolescência e o fomento do processo de expansão de uma rede comunitária de atenção à saúde mental para este segmento. É em articulação com o Fórum que são elaborados um conjunto de diretrizes para estes e outros serviços públicos de atenção à saúde mental da infância e adolescência, fundadas na lógica territorial de organização da rede e da atenção: reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço - seja a criança, o adolescente ou o adulto; tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja através dos procedimentos próprios ao serviço procurado; conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social; comprometer o(s) responsável(is) pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeito(s) da demanda; garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teóricotécnicos e de saber disponíveis ao(s) profissional(is), técnico(s) ou equipe atuante(s) no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares

Merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional é realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001 (BRASIL, 2005).

Mello; Mello e Kohn (2007), explica que durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O processo de desinstitucionalização

Redução de leitos

Segundo Tenório (2002), o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

Brasil (2005), relata ainda que a distribuição dos atuais 42.076 leitos psiquiátricos no Brasil ainda expressa o processo histórico de implementação nos estados de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Esta oferta hospitalar, em sua maioria de leitos privados (58% dos leitos em psiquiatria), concentrou-se historicamente nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

Assim, configuram-se como estados de grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos de psiquiatria, os estados da Bahia e Pernambuco (na Região Nordeste do Brasil), Goiás (no Centro- Oeste), Paraná (na região Sul) e São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (na região Sudeste). A região Sudeste, como grande centro histórico de desenvolvimento do país, sedia cerca de 60% dos leitos de psiquiatria no país (TENÓRIO, 2002).

Nos últimos três anos, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospital psiquiátrico. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do ‘Programa de Volta para Casa’ e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos (BRASIL, 2005).

Segundo Brasil (2005), é fundamental a aplicação de um instrumento de coleta de dados qualitativo em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede (todos os anos), o PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar.

As residências terapêuticas

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

responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (MELLO; MELLO E KOHN, 2007).

Segundo Tenório (2002) o processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos.

Para Brasil (2005) a rede de residências terapêuticas conta hoje com 357 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2850 moradores. Esta rede deverá experimentar ainda nos próximos anos grande expansão. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 12.000 pessoas poderão se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

O Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2005).

Segundo Mello; Mello e Kohn (2007), explica que o objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal (BRASIL, 2005).

Para o mesmo autor este é ainda um desafio para a consolidação do Programa, que vem sendo enfrentado verdadeiros “mutirões da cidadania” vêm se estruturando nos municípios para garantir a identificação tardia destas pessoas, num processo fundamental de inclusão social e garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, desafio primeiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Atualmente 1747 pessoas já recebem o auxílio reabilitação. Até o final de 2006, cerca de 3000 usuários poderão ser beneficiados pelo Programa.

A estratégia de redução progressiva à partir dos hospitais de grande porte

Aprofundando as estratégias já estabelecidas para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitalares, o Ministério da Saúde aprova em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). A principal estratégia do Programa é promover a redução

progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Desta forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (BRASIL, 2005).

Para Mello; Mello e Kohn (2007) o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS nasce como um mecanismo de gestão do processo de redução de leitos psiquiátricos no país. Aliado ao PNASH/Psiquiatria, este mecanismo reafirma a diretriz política do Ministério da Saúde na direção da redução progressiva de leitos psiquiátricos e pela melhor qualidade da assistência prestada às pessoas com transtornos mentais. De janeiro de 2004 a maio de 2005, o Programa desativou cerca de 2000 leitos. O Ministério da Saúde espera ter reduzido, até o final de 2006, 3.000 leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte.

O papel estratégico dos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações inter-setoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

Em Assis, no ambulatório de Saúde Mental e no CAPS, havia duas reuniões semanais: uma com os estagiários e a equipe técnica, menos os médicos; outra com a equipe técnica, incluindo os médicos e a equipe de apoio. Também era realizada uma reunião mensal com a participação dos psicólogos das UBS, da coordenação do ambulatório/CAPS e da coordenação de Saúde Mental do município (LUZIO E L'ABBATE, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MELLO; MELLO E KOHN, 2007).

Segundo Brasil (2005), a cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. Existem hoje no Brasil 689 CAPS em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros. O indicador CAPS/100.000 habitantes informa as diferentes coberturas e ritmos de expansão dos CAPS nos estados,

além de indicar aos gestores as necessidades de expansão da rede (referência de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

Em julho de 1996, abriram-se as portas desse CAPS para a população local. Em abril de 2004, esse serviço tinha mais de 400 usuários. A partir da mudança na diretriz governamental relativa aos CAPS, entre as Portarias federais n°s 224 e 336, de uma lógica da capacidade (150 usuários por serviço, no máximo), se passou a uma lógica territorial (ordenar e gerenciar a demanda e os serviços de saúde mental da população da AP). Logo, uma sobrecarga foi vivida pelos profissionais (IFB, 2003).

Segundo Mello; Mello e Kohn (2007) os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Segundo Luzio e L'Abbate (2009), em Assis, era mais evidente a organização da atenção na saúde e na Saúde Mental em uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis primário, secundário e terciário. Os serviços funcionavam em vários locais e eram articulados em um sistema de referência e contra-referência. No setor de Saúde Mental, havia um psicólogo em sete Unidades de Saúde (UBS).

Segundo Brasil (2005) os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras - os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país.

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

Em 15 de dezembro de 1999, o CAPS III de Santo André (então NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial I, um equipamento substitutivo ao Ambulatório de Saúde Mental da Região 1 do município) foi inaugurado visando a nova proposta de atendimento. Desde então, o serviço privilegia a **reunião técnica diária** cujo objetivo é

nortear condutas e discutir casos clínicos em equipe multidisciplinar. Entretanto, observa-se que a ação não condiz com as discussões e com os acordos coletivos e que existe tensão na relação entre os profissionais. Os profissionais são provenientes de ambulatórios, com vivência em serviço assistencial voltado para modelo biomédico ou hospitalocêntrico (ABUHAB et al., 2005).

Os CAPSi, são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (MELLO; MELLO E KOHN, 2007).

Segundo Brasil (2005) os CAPSad, são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há alguns anos atrás o atendimento aos portadores de doença mental eram de forma desumana estes pacientes eram excluídos e segregados da sociedade. Hoje após a reforma psiquiátrica existem ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade enquanto cidadão.

A Reforma Psiquiátrica trouxe inúmeros benefícios aos usuários e melhores tratamentos em relação do que era ofertado anteriormente, no entanto, falta e muito para que seja o ideal no que tange as necessidades da sociedade. Deve-se então, construir um projeto terapêutico cujas transformações devem ser discutidas, elaboradas, incorporadas e articuladas com os setores sociais envolvidos no modelo de atenção em saúde a ser proposto. De modo geral, os desafios da saúde pública, pelo processo de reforma psiquiátrica, tornam-se hoje um tema irrecusável para as instituições de formação e de pesquisa no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANSELMINI, I., et al., Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública** São Paulo, 2008.

ABAUHA, D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 dez; 26(3): 369-80.

BRASIL, M.; GROHS, G.E.M. **Transtornos Mentais: Desafiando os Preconceitos**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, pg.6-44.

EVARISTO, P. **Gestão da psiquiatria na comunidade**. Trad. M. Alice Pereira. Itália/Mimeografado, 1998.

ESPERIDIÃO, E. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, M.A.; SENA, R.R. A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2): 48-55.

GOULART, M.S.B. **De profissionais a militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. [2004] Tese (Doutrado em Ciências Humanas: Sociologia e Política)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, 2004.

GOULART, M.S.B. **Ambulatório de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Dissertação (Mestrado em Sociologia), 1992.

GOULART, M.S.B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisa e Práticas Psicossociais**, v1, nº1, São João Del Rei, pg.1-19, jun. 2006.

GOULART, M.S.B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo®, 2007.

IACOPONI, E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.21, n.2, 1999.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Relatórios de Assessoria Técnica do Convênio IFB-CAPS-SMS/RJ. Rio de Janeiro: IFB, 2003.

LUZIO, C.A.; L'Abbate, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonância da reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no. 1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009.

MELLO, M. F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Rio Grande do Sul – Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOREIRA, L.H.O. et al. **A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica**. Inclusão Social, Brasília, v. 3, n. 1, p. 35-42, mar. 2008

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais cercada de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-am Enfermagem** - novembro-dezembro, 2003.

Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS; 2001.

SANTOS, M.E.S.B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

Enviado em: dezembro de 2008.

Revisado e Aceito: agosto de 2009.