

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA MARTINS KNOPP

**SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAPS - CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: a atuação do Serviço Social**

**Florianópolis-SC
2012/1**

AMANDA MARTINS KNOPP

**SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAPS - CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: a atuação do Serviço Social**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Prof^a. Dr^a. Myriam Raquel Mitjavila.

**Florianópolis-SC
2012/1**

AMANDA MARTINS KNOPP

**SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAPS - CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: a atuação do Serviço Social**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento
de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de
Santa Catarina - UFSC.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Myriam Raquel Mitjavila
Orientadora

1^a Examinadora
Prof^a. Dr^a. Luciana Patrícia Zucco
Prof^a. Departamento de Serviço Social – UFSC

2^a Examinadora
Me. Priscilla Gomes Mathes

**Florianópolis-SC
2012/1**

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado aos portadores de transtorno mental e a todos os profissionais e pessoas que lutam por melhores condições de vida a esses indivíduos que sofrem com o estigma social e que carecem de cuidados da sociedade em geral e, principalmente, na área da saúde. É dedicado, também, aos assistentes sociais empenhados no trabalho junto aos portadores de transtornos mentais e que lutam pelo resgate de sua cidadania e dignidade. Enfim, a todas as pessoas empenhadas no processo de Reforma Psiquiátrica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família (meus pais e irmão), por todo o apoio que proporcionaram durante o processo de minha formação.

Agradeço especialmente a professora Dra. Myriam Raquel Mitjavila, que aceitou a proposta de me orientar, mesmo morando em outra cidade, sempre estando a minha disposição para esclarecer minhas dúvidas.

As minhas primas Simone e Sabrina, pelos momentos de alegria e tristeza compartilhados e por amenizarem os momentos mais difíceis.

Aos meus primos Aline e Mirko, pela ajuda nos momentos de desânimo, mesmo com o pouco contato que tivemos durante o semestre.

A minha supervisora de estágio assistente social Keila Gaussmann, pela experiência que me proporcionou, sempre disposta a me auxiliar, principalmente nos momentos de angústia, me incentivando e esclarecendo minhas dúvidas.

Agradeço, também, a toda equipe do CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes de Florianópolis, e pelos seus usuários, pela rica experiência que me proporcionaram.

Pelo apoio e acolhida de meu colega Fábio, que mesmo com os nossos atritos, sempre me esteve presente com sua amizade.

A minha amiga assistente social, Taise Zanotto, pelo seu carinho, acolhida e apoio principalmente nos momentos finais da construção desse trabalho.

A minha amiga Simone Mazzutti, também pela acolhida e apoio.

Aos “pacientes” do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina, por terem me proporcionado uma experiência marcante e forte, mas muito enriquecedora, trazendo à tona reflexões acerca das dificuldades encontradas na profissão e questionamentos entre a teoria e a prática, apreendidas no curso de Serviço Social.

A minha amiga Lisbela Corrêa pelo incentivo dado quando eu estava em Pelotas.

A minha amiga Mônica, pelas risadas, carinho e incentivo compartilhados mesmo estando fisicamente distante.

Aos meus colegas de boemia que muito me ensinaram sobre a vida, pelas nossas diversões e conversas com ou sem sentido.

Aos meus amigos André e Valcélia, donos do Bar da Nina, que, enquanto o Restaurante Universitário estava em greve, confiaram em mim, permitindo que eu, muitas vezes “pendurasse” meus almoços sem ao menos pedir meu número de telefone.

A excelente profissional, psicóloga Maria Elizabeth Carpeggiani, por me atender voluntariamente por mais de um ano, escutando minhas dores, angústias e alegrias.

Ao Dr. Giancarlo Kluge, que foi até minha casa quando eu precisei de seus cuidados.

A psicóloga Alessandra Zimmermann, por se mostrar uma ótima profissional, atenciosa e dedicada.

Ao meu amigo psicólogo Rafael Machado que, mesmo morando em outra cidade, me auxiliou muito no processo de construção desse trabalho, me orientando e me enviando material acerca do tema.

A professora Daiana Nardino que, no semestre anterior, impulsionou o meu trabalho e me apoiou em um momento muito difícil de minha vida.

Finalizando, agradeço aos professores do Departamento de Serviço Social e à Universidade Federal de Santa Catarina, por terem me proporcionado a oportunidade de adquirir conhecimento e formação acadêmica.

Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.

Mahatma Gandhi

Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios

Senhores,

As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito. Essa jurisdição soberana e temível é exercida com vossa razão. Deixai-nos rir (...). Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas, para cada cem supostas patogenias nas quais se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas ainda são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos vossos prisioneiros?

Quantos, por exemplo, acham que o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, são algo mais que uma salada de palavras? [...]

Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico quanto qualquer outra sequência de ideias e atos humanos. A repressão dos atos antissociais é tão ilusória quanto inaceitável no seu fundamento. Todos os atos individuais são antissociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social; em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois não está ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem.

Sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de certos loucos, na medida da nossa capacidade de avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta da sua concepção de realidade e de todos os atos que dela decorrem.

Que tudo isso seja lembrado amanhã pela manhã, na hora da visita, quando tentarem conversar, sem dicionário, com esses homens sobre os quais, reconheçam, os senhores só têm a superioridade da força.

Antonin Artaud

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tematiza a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, identificando a prática desenvolvida pelo assistente social nesse campo de atuação. O trabalho foi motivado por reflexões realizadas a partir de dois campos de estágio na referida área: o HCTP – Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina e o CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes. O presente trabalho apresenta um breve histórico sobre a Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica; apresenta também a Saúde Mental em âmbito nacional, trazendo dados sobre a política de Saúde Mental no Brasil e sobre os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. O objetivo inicial das internações não era o tratar e reabilitar essas pessoas para o convívio em sociedade, mas sim, excluí-las para que não representassem nenhuma ameaça à ordem estabelecida. A Reforma Psiquiátrica surge devido à necessidade de mudanças nas práticas de saúde e foi motivada pela crise no modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos, sendo um marco fundamental nas mudanças que estão em curso. O Serviço Social passou a fazer parte da área da Saúde Mental, atuando junto aos pacientes e com os familiares e/ou cuidadores dos portadores de transtornos mentais, sendo registrado seu ingresso nessa área, o ano de 1946.

Palavras-chave: Saúde Mental, Portadores de Transtornos Mentais, Serviço Social, Reforma Psiquiátrica, CAPS.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
1 DA ORDEM MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	11
1.1 Da Saúde Mental como ausência de loucura à redefinição do conceito.....	18
2 SAÚDE MENTAL EM ÂMBITO NACIONAL.....	22
2.1 Saúde Mental no Brasil.....	22
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
2.3 A Política de Saúde Mental no Brasil.....	28
2.4 Os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.....	31
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL.....	37
3.1 Áreas de atuação do Assistente Social em Saúde Mental.....	37
3.2 Atuação do Assistente Social junto aos CAPS.....	41
3.3 O trabalho interdisciplinar.....	42
3.4 Intervenção profissional do Assistente Social junto aos Portadores de Transtornos Mentais (e suas famílias).....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXOS.....	55

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a atuação do profissional de Serviço Social em Saúde Mental, tendo por finalidade, descrever e analisar o papel do Assistente Social nos processos de trabalho que se desenvolvem nesses espaços sócio institucionais, junto aos usuários e familiares dos indivíduos portadores de transtornos mentais, com a rede e com a comunidade em geral, bem como suas conexões com os processos de trabalho mais amplos em torno da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil.

Os objetivos específicos deste trabalho são identificar e analisar as demandas institucionais relacionadas à prática desenvolvida pelo Assistente Social na Saúde Mental em geral e especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em particular, e traçar o perfil da atuação do Serviço Social do ponto de vista da sua participação na divisão do trabalho e nas áreas e níveis de intervenção profissional.

A relevância deste assunto reside na condição social dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil, no sentido de serem permanentemente objeto de tratamento desumano e estigmatizante, gerando ou reforçando situações de exclusão social. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil nas últimas décadas visa superar esse tipo de situação, ao propiciar um amplo processo de reestruturação dos serviços de Saúde Mental.

Do ponto de vista metodológico o presente trabalho consistiu numa revisão bibliográfica acerca da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica, dos Centros de Atenção Psicossocial e as funções do Serviço Social nessa área. De forma complementar o trabalho também se apoia em observações e reflexões sobre a experiência de estágio em duas instituições que fazem parte do campo da Saúde Mental: HCTP - o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina e CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

O trabalho é dividido em três seções, a saber: o primeiro trata da ordem manicomial até a Reforma Psiquiátrica, que será apresentada ao leitor mais detalhadamente na segunda seção, conceitua-se também a Saúde Mental no

entendimento de alguns estudiosos; a segunda seção aborda a Saúde Mental no âmbito nacional, descrevendo o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, as políticas na área da Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a terceira seção abrange as áreas de atuação do Serviço Social no campo da Saúde Mental, especificando também o trabalho desses profissionais junto aos CAPS, enfocando o trabalho interdisciplinar bem como o trabalho desenvolvido junto aos familiares dos Portadores de Transtornos Mentais; finalizando, o trabalho traz uma reflexão sobre a atuação do assistente social na área da Saúde Mental.

1 DA ORDEM MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para que o caminho da construção da assistência em Saúde Mental seja apresentado, é necessário realizar um resgate histórico sobre a “loucura” no Brasil e no mundo para, assim, pontuar a Reforma Psiquiátrica, sendo que esse processo impulsionou as mudanças em curso nas práticas dos novos serviços de Saúde Mental.

A palavra "manicômio" tem sua origem no grego: "mania" que significa loucura e "komêin" que quer dizer curar. Assim, entende-se que o manicômio tenha como função tratar das pessoas que apresentam transtornos mentais.

Nos séculos XVI e XVII, para o acolhimento dos loucos existiam os Hospitais e as Santas Casas de Misericórdia. Estas instituições configuravam-se como espaços de acolhimento piedoso, nos quais os religiosos recebiam os excluídos, doentes, ladrões, prostitutas, loucos e miseráveis para dar-lhes algum conforto e, de certo modo, diminuir seu sofrimento (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 1984, 2004a). Portanto, a principal característica do hospício era hospedar todas aquelas pessoas que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social. Conforme afirma Barros (1994b, p. 29), a "exclusão dos loucos estava vinculada a uma situação de precariedade comum a outras formas de miséria, de pobreza e de dificuldade econômica”.

Os loucos, antes da fundação do hospício, se tranquilos, eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular livremente; porém, se agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a abordagem do louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa (ROSA, 2008, p. 87).

Conforme argumenta Szasz (1971, p. 19) no século XV “os homens acreditavam que algumas pessoas eram feiticeiras” e que algumas atitudes e comportamentos eram devidos à feitiçaria. Enquanto no século passado, e no século em curso, acredita-se que a insanidade de algumas pessoas, em virtude de suas atitudes e comportamentos, pode ser atribuída a algum tipo de doença mental.

Szasz (1971, p. 31), afirma ainda que os motivos que levaram à caça as bruxas já existiam bem antes do século XIII, mas só no século XV a sociedade europeia os usou como base para um movimento devidamente organizado.

Esse movimento – cujo objetivo ostensivo era proteger a sociedade contra o mal – se tornou a Inquisição. O perigo era a feitiçaria; o protetor, o inquisidor. De forma semelhante, embora o conceito de loucura existisse bem antes do século XVII, apenas então a sociedade europeia começou a organizar um movimento baseado nela. Esse movimento – cujo objetivo ostensivo era também proteger a sociedade contra o mal – foi a psiquiatria institucional (SZASZ, 1971, p. 31).

No momento em que separaram a doença mental da feitiçaria, a Psiquiatria passou a ser encarada como ciência médica e o resultado, conforme Szasz (1971, p. 20), foi o fato de substituírem “um movimento religioso por um movimento médico de massa”.

É somente no início do século passado que a loucura ascende à categoria de doença mental. Nessa época, os loucos se disseminavam indiferentemente entre os hospitais gerais, as casas, de detenção, as casas de caridade, os depósitos de mendigos e as prisões familiares. Nessa época, a loucura figura claramente como estigma, isto é, como sinal distintivo e significante da pertinência do louco à categoria das "classes perigosas". A psiquiatria, então, ainda não se havia firmado, apropriando-se da insanidade como objeto próprio dentro da legitimidade do seu saber e de sua técnica (VIEIRA, 1981, p. 50).

Do ponto de vista institucional, a psiquiatria pode ser definida como intervenções psiquiátricas impostas por outros às pessoas. Essas intervenções se caracterizam por perda completa de controle, pelo "paciente", e de sua participação nas relações com o especialista. O serviço típico da psiquiatria institucional é a hospitalização involuntária em hospital psiquiátrico (SZASZ, 1978, p. 57).

Szasz (1978, p.41) acrescenta ainda que as origens do sistema de hospital psiquiátrico confirmam:

“O grande confinamento dos insanos”, segundo a adequada denominação de Michel Foucault, começou no século XVII: “Uma data pode servir de marco: 1656, o decreto que fundou, em Paris, o *Hôpital Général*. O decreto que fundou esse estabelecimento, e outros promulgados na França, foram ordenados por Luís XIII.

No século XVII, o asilamento em hospital tinha como condição para a internação aqueles que eram abandonados, pobres e não desejados pelos pais ou pela sociedade. Conforme Szasz (1978, p. 42),

Os regulamentos que orientavam a admissão no Bicêtre e na Salpêtrière – dois hospitais parisienses que estavam destinados a uma fama mundial (...) consideravam que “os filhos de artesãos e outros habitantes pobres de Paris, até a idade de vinte e cinco anos, e que trataram mal seus pais ou que por preguiça se recusam a trabalhar, ou, no caso das meninas, estiverem levando uma vida de libertinagem, ou em evidente perigo de serem pervertidas, devem ser encarcerados, os rapazes no Bicêtre, as moças no Salpêtrière.

No entendimento de Szasz (1981, p. 27), os doentes mentais “são aqueles que provocam uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de Saúde Mental psiquiatricamente definidas e impostas”.

Classificar alguém como doente mental significa então castigar esse indivíduo com:

[...] degradação pessoal, perda de emprego, perda de direito de guiar automóvel, de votar, de firmar contratos válidos, de responder a processo, e, em último lugar, mas não menos importante, o encarceramento num hospital psiquiátrico, talvez pelo resto da vida – a expansão da categoria de pessoas que podem ser assim denominadas é essencial para a ampliação da extensão e do poder do Movimento de Saúde Mental e seus métodos psiquiátricos de controle social (SZASZ, 1971, p.27).

De acordo com (KODA, 2002), durante o século XVII, os hospícios tiveram uma grande proliferação, desse modo, a repressão aos doentes mentais passa a ser um fato econômico ao invés de religioso, pois com o desenvolvimento do mercantilismo, os loucos eram considerados improdutivos, assim os hospícios continuavam não tendo a função de tratamento, mas sim de isolamento, por serem considerados “indesejáveis”.

Na verdade, o objetivo desta internação não era medicar e tratar essas pessoas, mas sim excluí-las da sociedade que, desse modo, estaria assim protegida. Nesses espaços, o tratamento que esses indivíduos recebiam costumava ser desumano e até pior daquele recebido nas prisões. Essas pessoas muitas vezes viviam acorrentadas e eram submetidas a torturas e

castigos. Assim, os manicômios podem ser considerados exemplo do que Goffman (1996) denomina “instituições totais”:

[...] uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Essas instituições totais não permitiam qualquer contato entre o internado e o mundo exterior, até porque o objetivo é excluí-lo completamente do mundo originário, a fim de que o internado absorvesse totalmente as regras internas.

Tratando-se de uma “instituição total” (GOFFMAN, 1996), o manicômio traz embutido em seu papel o lento processo de “mortificação do Ego” dos nele internados, ou seja, um processo gradativo de degradação da individualidade. Em outras palavras, a racionalização instrumental:

[...] nas instituições totais [...], as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações, criadas pôr esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos. Além disso, as mutilações do eu ocorrem [...] mesmo quando o internado está cooperando e a direção tem interesses ideais pelo seu bem estar (GOFFMAN, 1996, p. 48).

Ainda, segundo (KODA, 2002), foi somente no final do século XVIII, que o médico Phillipe Pinel criou a concepção de doença mental, sendo em seguida, inauguradas várias instituições com fins de tratamento para os indivíduos acometidos por essas doenças. No entanto, com a finalidade de educá-los e tratá-los, Pinel começa então um trabalho de separação e classificação dos diversos tipos de “loucura”. Desse modo, os portadores de transtornos mentais continuavam sendo excluídos da sociedade e muitas vezes jamais saíam dessas instituições.

Com a criação dos hospícios os doentes mentais passaram a ter um local específico para serem tratados. No entanto, esses locais não atenderam a esse objetivo, transformando-se em lugares onde eram submetidos a maus tratos, falta de higiene e doses exageradas de medicamentos. Depois de

receberem somente os doentes mentais, todos os tipos de pessoas excluídas pela sociedade iam para essas instituições. Por conta disso, a situação se agravou ocorrendo superlotação, tortura, falta de saneamento e escassez de medicamentos. Com o passar do tempo, novas técnicas começaram a ser empregadas, também como modo de punição, como, por exemplo, a camisa de força, a lobotomia e o eletrochoque.

Portanto, se os manicômios não estavam cumprindo com o seu papel, que alternativas foram pensadas para a assistência aos portadores de transtornos mentais? Nesse sentido, foram surgindo ao redor do mundo diversas experiências de reestruturação da atenção à Saúde Mental. Neste estudo, serão reportadas apenas as mais significativas.

Anteriormente ao movimento da Reforma Psiquiátrica, o atendimento psiquiátrico concentrava-se nos manicômios e era baseado no asilamento. O paciente perdia o contato com a família e com o contexto social onde vivia, minimizando qualquer possibilidade de recuperação e estabilização, além de muitas vezes o atendimento hospitalar contrariar regras básicas de humanização.

Na década de 1960, o governo Kennedy, preocupado em diminuir gastos com internações psiquiátricas e, ao mesmo tempo, dar uma resposta aos conflitos sociais que aumentavam, implantou programas de ação social, através de uma estratégia conhecida como Psiquiatria Comunitária.

A Psiquiatria Comunitária trata-se de uma área que lida com a detecção, prevenção e tratamento de perturbações mentais e sua relação com determinados meios psicossociais, culturais e/ou áreas geográficas específicas. Enquanto pode haver similaridades em muitos sintomas e doenças em psiquiatria, existem também muitas diferenças, relacionadas com contextos históricos e sociais de populações. Assim, no que diz respeito a tratamento, o que parece ser eficaz em um país ou cultura pode não o ser em outro (COSTA-ROSA, 1987).

Os objetivos da Psiquiatria Comunitária são, entre outros, entender a influência dos fatores sociais sobre a doença mental, bem como sua relação

com fatores biológicos e psicológicos bem como melhorar o atendimento público em Psiquiatria. (COSTA-ROSA, 1987).

No entanto, para Hirdes (2012),

A noção de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos, no governo Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de desospitalização. Nesta modalidade, há uma crítica ao sistema psiquiátrico, na centralização da atenção na assistência hospitalar, mas não é questionado o saber que o legitima. Esta configuração está baseada e construída a partir dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária. Para Amarante, a desinstitucionalização nesta tradição está voltada principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência".

Por outro lado, a psicoterapia institucional francesa constitui-se como um movimento de contestação ao modelo asilar tradicional, ao representar uma quebra da hierarquia piramidal tradicional (onde o poder é exercido por poucos e obedecido por muitos) e empenhar esforços dirigidos a humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos. O exemplo mais bem acabado deste modelo está na Clínica La Borde, na França (JORGE, 1997).

Já para a corrente conhecida como psiquiatria democrática italiana, a loucura é entendida como “uma produção psicopatológica onde o doente se refugia a fim de escapar de uma realidade social insuportável” (BASAGLIA, 1985). O psiquiatra italiano Franco Basaglia, impulsionou uma importante reforma nas práticas na Saúde Mental na Itália. Basaglia diz que não se trata de renovar ou aperfeiçoar o asilo, mas negar o mandato social do psiquiatra, recusando toda e qualquer terapêutica que vise atenuar as reações do excluído em relação ao que o exclui. É preciso que o serviço tenha uma função terapêutica, porém não integradora, mas libertadora, conscientizando o doente de sua função de excluído. Essa tomada de consciência permitirá combater os fatores de opressão e violência que estão na base dos transtornos mentais. As ideias de Basaglia difundiram-se rapidamente e as experiências de desinstitucionalização serviram de base para as propostas de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo.

Em nível internacional, foram reunidas várias entidades, juristas e parlamentares da América Latina, Estados Unidos e Espanha para discutir a atenção à Saúde Mental e o resultado foi o que se chamou de Declaração de Caracas¹, documento que marca as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas. Seus pontos principais são os seguintes:

A atenção psiquiátrica hospitalar convencional não atende aos seus objetivos por:

1. Isolar o paciente do meio social e, portanto, promover a segregação;
2. Afrontar os direitos civis e humanos;
3. Demandar excessivos recursos financeiros;
4. Não promover a aprendizagem.

A atenção deve:

1. Salvar a dignidade e os direitos dos pacientes;
2. Basear-se em critérios tecnicamente adequados;
3. Promover a manutenção do paciente no seu meio.

As legislações devem assegurar:

1. Respeito aos direitos humanos e civis;
2. Organização de serviços comunitários;
3. As internações psiquiátricas devem ser feitas em hospitais gerais.

As repercussões de toda essa discussão começam a aparecer, no Brasil, através de Portarias Ministeriais. No ano de 1991, uma delas modifica a

¹ A Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas, em 1990, representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas. Os dois grandes objetivos que seus signatários se comprometeram a promover – a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990.

forma de financiamento do setor privado, estabelecendo incentivos a tratamentos psiquiátricos em hospitais gerais, em hospitais-dia, tratamento ambulatorial e os atendimentos em grupo (BARBOSA, 2003).

1.1 Da Saúde Mental como ausência de loucura à redefinição do conceito

Até o século XX, predominava no mundo ocidental a concepção da Saúde Mental como a ausência de loucura. Só em meados do século XX, começa a ter maior alcance internacional uma perspectiva ampliada e integral da Saúde Mental.

Assim, o conceito de Saúde Mental é abordado de maneira semelhante por diversos autores. Conforme Ribeiro (1996, p.13):

Há alguns anos o conceito de Saúde Mental vem tomando força e substituindo gradativamente aqueles conceitos ligados à Psiquiatria tradicional e voltados para um trabalho isolado de Psiquiatria centrado na doença mental. A ação interdisciplinar e multiprofissional é considerada extremamente relevante, defendida nos trabalhos mais atuais da OMS, da OPAS e de profissionais destacados da área.

Porém, de acordo com a OMS - Organização Mundial de Saúde não há definição "oficial" de saúde mental.

Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental³ é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

A Organização Mundial da Saúde diz, ainda, que o estado de completo bem-estar físico, mental e social define o que é saúde, logo, tal conceito implica num critério valorativo, uma vez que lida com a ideia de bem-estar e mal-estar.

Como critérios de saúde mental podem-se elencar os seguintes itens:

- Atitudes positivas em relação à auto-realização.

- Integração e resposta emocional.
- Autonomia e autodeterminação.
- Percepção apurada da realidade.
- Domínio ambiental e competência social.

No entendimento de Hilgard e Atkinson (*apud* RIBEIRO, 1996, p.13) a ausência de doença mental está associada a “um estado caracterizado por ajustamento, orientação produtiva e entusiasmo”.

Segundo Cabral e Nick (1989, p. 353) a saúde mental é um “estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de auto-realização e de autocrítica objetiva. É um estado positivo e não a mera ausência de distúrbios mentais”.

A definição dada por Chaplin (1981, p. 517) para saúde mental é semelhante a dos demais autores citados, sendo um “estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e a sensação de que o indivíduo está a exercitar seus talentos e aptidões”.

Há também o argumento de Straub (2005) de que a saúde física implica em três tipos: ter um corpo vigoroso e livre de doenças, mas também, envolve hábitos relacionados com o estilo de vida que aumentem a sua saúde, a saúde psicológica que significa: ser capaz de pensar de forma clara, ter autoestima e um senso geral de bem-estar, incluindo a criatividade, as habilidades de resolução de problemas, a estabilidade emocional, auto aceitação, a abertura a novas ideias, entre outros aspectos que caracterizam a saúde psicológica e por último, a saúde social, que envolve ter boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com amigos e família, e apoio em épocas de crise.

Pode-se, assim, definir a saúde mental como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio social onde está inserido. Este estado garante às pessoas a sua capacidade laboral, social e intelectual para que possa desfrutar de uma boa qualidade de vida.

Segundo English (*apud* COLEMAN, 1973), “[...] saúde mental é um estado relativamente duradouro no qual a pessoa está bem ajustada, tem alegria de viver e consegue auto-realização”. É um estado positivo e não apenas ausência de perturbação mental.

Menninger define saúde mental como “ajustamento de seres humanos, ao mundo entre si, com um máximo de eficiência e felicidade” (...). “É a capacidade de conservar uma disposição equilibrada, uma inteligência alerta, um comportamento socialmente atencioso e uma disposição feliz”. E Bohem, para quem “saúde mental” é uma condição e nível de atividade social que seja socialmente aceitável e pessoalmente satisfatória”. (*apud* COLEMAN, 1973)

Ribeiro (1996, p. 16) esclarece que,

Se antes tudo era centrado no psiquiatra e na doença mental, recentemente a ação interdisciplinar trouxe o psicólogo, o assistente social psiquiátrico, o professor de educação física, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o próprio psiquiatra numa ação integrada que visa a promoção da saúde.

Pode-se, assim, acrescentar o argumento de Bock et al. (*apud* RIBEIRO, 1996, p. 16):

[...] pensar o homem como totalidade, isto é, como ser biológico, psicológico e sociológico e, ao mesmo tempo, em todas as condições de vida que visam proporcionar-lhe bem-estar físico, mental e social. (...). Pensar na superação das condições que desencadeiam ou determinam a loucura... compreender que a saúde mental é, além de uma questão psicológica, uma questão política [...].

As mudanças que ocorrem, hoje, na área da Saúde Mental, devem-se também, ao estudo dos conceitos, embora não se possa afirmar que estas definições possam determinar alterações significativas no campo de atuação dos profissionais que atuam na área da Saúde Mental.

Desse modo, para que “doentes mentais” sejam incluídos como cidadão, no processo terapêutico e na sociedade, é indispensável reorganizar a rede de serviços ou substituir técnicas terapêuticas. Além disso, é preciso que “trabalhadores da Saúde Mental reconheçam a sua condição de sujeitos integrantes de um aparato institucional (saber e práticas psiquiátricas) que

representou, na história da civilização ocidental, um importante mecanismo de controle social”. Devem, inclusive, atuar como agentes de mudança, e não cederem ao papel de agentes da opressão e da exclusão. Todavia, “sem essa consciência das contradições de sua prática, a assistência tenderá a reproduzir essas práticas, ainda que em contextos aparentemente diferentes do hospício.” (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Diante desses conceitos, pode se perceber uma visão conservadora e positivista, concebendo a Saúde Mental como condição restrita ao indivíduo, separando-o das condições sócio políticas, econômicas e culturais que a determinam, tendo assim a tendência de psicologizar os portadores de transtornos mentais, tornando essas questões como fatos isolados e como crises individuais, ao invés de serem tomadas como fatores sociais.

Nesse sentido, a questão da individualização pode ser interpretada como consequência de uma recente e generalizada renovação dos mecanismos institucionais que participam da regulação das relações entre indivíduo e sociedade. De modo geral, a individualização refere-se aos mecanismos e processos que tornam a percepção dos problemas sociais como problemas individuais, em função de disposições psicológicas e familiares. (MITJAVILA E JESUS, 2004, P.70).

2 SAÚDE MENTAL EM ÂMBITO NACIONAL

2.1 Saúde Mental no Brasil

No Brasil, o marco institucional da assistência psiquiátrica foi a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina Brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão (MINAS GERAIS, 2006).

Os indivíduos portadores de transtornos mentais só passam a ser internados, no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX. Desde essa data, pessoas portadoras de transtornos mentais eram internadas em hospitais psiquiátricos especializados. No entanto, este atendimento concentrava-se, apenas, nas cidades desenvolvidas, enquanto, muitas cidades carentes deste recurso não obtinham a assistência em saúde mental.

De acordo com Santos (s.d.) os "Alienados Mentais" recebiam um tratamento mais moral do que científico, pois, sofriam castigos, eram espancados, presos a grilhões de ferro e não tinham ao menos o direito de tomar sol. O cuidado ou a assistência ficava a cargo de freiras, "tanto na Santa Casa de Misericórdia, quanto no primeiro hospício da Praia Vermelha", este último se localizava no Rio de Janeiro e anteriormente era denominado de Hospital Pedro II. Naquela época, não existiam psiquiatras, só os médicos "alienistas" ou "médico de alienados mentais" como eram denominados os médicos gerais do asilo. Só a partir de meados do século XX é que os médicos conseguiram assumir a gestão dos serviços, que até então, era da Igreja e tinha um cunho "Caritativo ou misericordioso".

Ao fim da década de 1950, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos; falta de

vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos e automatizados (MINAS GERAIS, 2006).

Somente a partir dos anos de 1970, “tem início experiências de transformação da assistência, pautadas, no começo, pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas)” e, mais tarde, pela “proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado”.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma médico-psiquiátrico e pelas práticas que transformam e superam esse paradigma.

O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre em 1970 juntamente com o Movimento Sanitário². Tal processo emergiu devido às necessidades de mudança nas práticas de saúde, motivado pela crise no modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e pelas lutas dos movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com transtornos mentais. A Reforma ocorre no contexto internacional de mudanças relacionadas à superação da violência ocorrida nos manicômios.

Amarante compara o movimento pela reforma sanitária com o movimento pela reforma psiquiátrica. Observa que a reforma sanitária, de uma perspectiva inicial de crítica quanto à natureza do saber médico, torna-se um conjunto de medidas de cunho administrativo, sem o questionamento das abordagens técnicas centradas quase exclusivamente em sintomas, no especialismo, na cultura medicalizante e no intervencionismo diagnóstico e terapêutico. Considera que o movimento pela reforma psiquiátrica foi além, porque busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não meramente de reorganização administrativa. (HIRDES, 2012).

² As proposições do Movimento Sanitário, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas, basicamente, à construção de uma nova política da saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Esse processo constitui, atualmente, o cenário político-administrativo e teórico-conceitual no qual a assistência à Saúde Mental se organiza no Brasil. Nesse cenário, a cidadania dos portadores de transtornos mentais é um conceito estruturante. Nos textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1987, 1992 e 2001) e em inúmeros textos de articuladores técnico-políticos envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica, a cidadania é abordada centralmente.

Destaca-se, nessa produção política e teórica, o objetivo de “construir uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência de sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (Brasil, 1992, p.11), contextualizando o processo saúde/doença mental e vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania.

No Brasil, a experiência mais marcante foi no hospício de Barbacena³, em Minas Gerais, fundado em 1903. Após denúncias sobre maus-tratos ocorridos na instituição no final da década de 1970, e no mesmo período em que ocorre a Luta Antimanicomial, o Hospital Psiquiátrico de Barbacena passa por uma reforma imposta pelas autoridades da área da saúde, contratando novos profissionais para a área assistencial e um grupo de psiquiatras, tornando-se o Centro de Atendimento ao Portador de Doença Mental, agora com mais humanização em seus atendimentos e com vários recursos que valorizam as potencialidades e a capacidade de criação dos pacientes, que antes ficavam jogados e esquecidos pelos cantos do hospital (MELO; CUNHA, 2008).

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que tem como tema principal a discussão das relações entre cidadania e doença mental.

Sua estruturação constou de três temas básicos, a saber:

³ Hospital Colônia de Barbacena, localizado na cidade de Barbacena - Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros.

I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental (I CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE MENTAL, 1988, não paginado).

Cinco anos depois, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental que contou com ampla mobilização. Estima-se que em torno de 20.000 pessoas participaram deste evento. Um dos pontos relevantes da conferência foi o aprofundamento nas críticas ao modelo assistencial (MEDEIROS, 2003).

Em dezembro de 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (MEDEIROS, 2003) tendo como tema a discussão da cidadania e doença mental, propondo “reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional”.

Discutiu-se, na referida conferência,

[...] o credenciamento, pelo setor público, de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; a implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção etc.; a recuperação de pessoas crônicas em serviços extra-hospitalares, assim como a emergência psiquiátrica funcionando em emergências de hospitais gerais.

No que diz respeito “ao resgate da cidadania propõe retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico e inclui como direito do indivíduo acessar seu prontuário médico”, oportunizando ao paciente a escolha, tanto do tratamento como do terapeuta, além de possibilitar a garantia contra internações involuntárias (MEDEIROS, 2003, não paginado).

De acordo com Oliveira (2012),

Num primeiro momento da Reforma Psiquiátrica, observou-se uma relação de cidadania com o resgate da dívida social para com os loucos/doentes mentais. Há, na produção teórico-política deste período, a suposição de que, por terem sido excluídos socialmente ao longo da história, os doentes mentais haviam perdido os direitos de cidadania. Nesse sentido, a partir do momento em que a sociedade abolisse as formas institucionais concretas de exclusão – leis

restritivas, manicômios, medidas de contenção física (grades, camisa-de-força) – e identificasse os doentes mentais como cidadãos iguais perante a lei, seus direitos de cidadania seriam garantidos. Essa suposição teórica é comumente identificada nos discursos dos técnicos imbuídos do esforço de construção cotidiana da Reforma Psiquiátrica.

Os seguintes processos históricos, de acordo com Vasconcelos (2002, p. 20), impulsionaram a chamada reforma psiquiátrica brasileira, conforme contextos históricos de guerra, enfatizando a solidariedade nacional, e investimento na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados à guerra, o autor cita alguns deles:

- Conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano, estimulando o investimento na reabilitação de grupos populacionais considerados como improdutivos;
- Processos de transição demográfica, ocorrendo mudanças nas estruturas familiares convencionais, com o aumento do número de arranjos domiciliares de famílias matrifocais, ampliando os serviços sociais substitutivos ou de suporte ao cuidado informal prestado pela família e pelas mulheres no âmbito doméstico; aliado a esse fato, ocorre também, nesse período, um aumento da população idosa;
- Processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos (reconhecimento da existência e dos direitos dos doentes mentais e dos cidadãos em geral), nas conjunturas das políticas de democratização, impulsionadas por processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral,

Além dos citados acima, Vasconcelos (2002, p.21-2) acrescenta outros motivos, como:

- Desenvolvimento de sistemas de bem-estar social e contextos de afirmação dos direitos sociais: ampliação de programas e seguros sociais para os grupos populacionais dependentes em geral, incluindo os doentes mentais;
- As políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral induzem a processos de desospitalização, já que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o estado;

- Mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no campo: crítica aos paradigmas convencionais em psiquiatria e do poder dos diversos profissionais;
- Desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas a partir do final dos anos 50, com os neurolépticos, possibilitando maior controle dos sintomas mais severos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e menos isolados;
- Estratégias de humanização e/ou modernização por parte dos setores da corporação médica para responder às críticas à psiquiatria convencional, tornando-a mais eficaz e integrada ao resto da medicina.

Desse modo, a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil está inscrita em um contexto internacional, colocando a necessidade de mudanças nas práticas focadas no modelo hospitalocêntrico e motivada também pelo aumento dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Sendo um processo político e social composto por vários setores da sociedade, a Reforma acontece em campos diversos dos governos federal, estadual e municipal, e, por passar por complexas transformações, o seu avanço é marcado por conflitos e desafios. Há também a necessidade de refletir sobre a “doença mental” sob o ponto de vista do neoliberalismo, que tende a excluir todos os indivíduos considerados “improdutivos”.

Em 1978, ocorre, no Brasil, o início do processo de mudanças impulsionadas pela luta dos movimentos sociais em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Surge, nesse período, o MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, constituído por pessoas com amplo histórico de internações psiquiátricas, associações de familiares de portadores de transtorno mental, trabalhadores participantes do Movimento Sanitário, membros de associações profissionais, entre outros. Esse movimento foi impulsionado pela denúncia da violência cometida nos manicômios, onde ocorriam maus tratos e até a morte de pacientes.

O tema da Reforma Psiquiátrica tem sido abordado com veemência, tendo em vista as discussões acerca do projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e as críticas de vários setores da sociedade, com alegações de que seria um projeto irresponsável, pois, se propunha a “jogar os loucos na rua” (GONZAGA, 2012).

No entanto, esta reforma propõe uma melhoria no atendimento aos pacientes com doenças mentais tentando, gradativamente, uma inclusão social dos mesmos, ao mesmo tempo propõe abandonar o chamado “tratamento em série”, no qual vários pacientes eram tratados de maneira igual, não importando o “sujeito” e sem levar em conta que cada paciente é único, sendo necessário o respeito a sua dignidade e aos seus direitos. O texto do projeto de Lei Paulo Delgado apresenta um breve histórico de como os hospitais psiquiátricos vêm evoluindo através dos tempos.

2.3 A Política de Saúde Mental no Brasil

A partir de 1989, o Deputado Paulo Delgado introduziu a discussão para o Parlamento, lançando o Projeto de Lei nº 3.657 (Anexo 1) que contempla os principais pontos da Reforma Psiquiátrica.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

A seguir, algumas declarações sobre autores que tem opiniões diferentes sobre as leis e a Reforma Psiquiátrica propriamente dita:

Para Sousa Campos (1992), o modelo assistencial requer intermediações entre o técnico e o político e configura-se em uma “síntese

cambiante” que envolve diretrizes políticas, princípios éticos, jurídicos, organizativos, clínicos, socioculturais e o desejo de viver de maneira saudável. Critica o projeto de Reforma Psiquiátrica considerando-o mais anti do que pró, carecendo dirigir-se da negação para a superação. O autor comenta que, para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, deve-se ter presente:

[...] noções de vínculo, da acolhida e de responsabilizar-se pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual, que deveriam sobre determinar todo o desenho de modelo em saúde – assegurar os contornos e o ritmo de movimento do redemoinho (SOUSA CAMPOS, 1992, p.18).

Já Quinto Neto (1992) resgata a transformação da legislação em Saúde Mental no mundo e discute a especificidade da Lei Estadual 9.176/92 (Anexo 2). O autor evidencia a força articuladora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental na aprovação desse projeto de lei, referindo que a lei pode limitar riscos à saúde, mobilizar simpatizantes em torno da cidadania do doente mental e gerar uma nova ética, em que o usuário possa decidir o que é melhor para si.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que está em construção, não constituindo “um bloco homogêneo”, já que apresenta faces múltiplas, condizendo com as diversidades regionais e locais de um país-continente como o Brasil (KANTORSKI; PITIÁ; MIRON, 2002).

Os textos analisados trazem reflexões teóricas originadas de experiências concretas das tentativas de implementar transformações em direção à Reforma Psiquiátrica. Com isso podemos verificar nas instituições psiquiátricas modernas o seu recente desenrolar em uma busca por um modelo institucional mais justo para os Portadores de Transtornos Mentais.

Conforme Gastal et al. (2007) surge, na década de 1980,

[...] o "movimento antimanicomial", ou a "terceira reforma psiquiátrica" no estado, que sugere a extinção dos hospitais psiquiátricos, observando-se, contudo, simultaneamente, escassez de recursos e deterioração gradativa da rede comunitária. Em 1992, através da Portaria nº 224 do Ministério da Saúde, são regulamentados as normas para atendimento e os serviços de assistência em saúde mental.

A Lei Estadual nº 9716, criada em 1992, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica e contém as regulamentações: "Art. 3º: fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais". A lei determina, ainda, a criação de "variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social" e que "a internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público". Essa lei passou a ser conhecida como a "Lei de Reforma Psiquiátrica e de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico", e, segundo o seu artigo 15, "no prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação" (GASTAL et al., 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), é intenção do SUS - Sistema Único de Saúde, reduzir os leitos psiquiátricos, qualificar os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, os SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos (anexo3) e as UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais. Além destes objetivos, pretende o SUS incluir as ações da Saúde Mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De volta para Casa". Propõe-se igualmente manter um programa permanente de formação de recursos humanos para Reforma Psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado. A política de Saúde Mental visa garantir tratamento digno e de qualidade ao portador de doença mental infrator e avaliar, continuamente, todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria⁴.

⁴ Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929 Acesso em 12/07/12.

De acordo Nunes (2011, p.18 e 19),

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, chamados também de residências terapêuticas, são casas localizadas no espaço urbano, criadas para responder às necessidades de moradia de indivíduos com transtorno mental grave. Possibilitando a essas pessoas o direito à moradia e a reintegração na comunidade, dando início a um processo de reabilitação que visa buscar a autonomia e a inclusão social do morador. Já o Programa de Volta para Casa foi criado pela lei federal 10.708 em 2003 e tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social dos indivíduos com longa história de internação, através do pagamento mensal de um auxílio – reabilitação.

2.4 Os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu no ano de 1978 e, com ele, veio a luta pelos direitos dos pacientes assim como denúncias sobre a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência.

Neste período, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira) do Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, bem como o início do processo de intervenção, que ocorreu em 1989, em um hospital psiquiátrico (Casa de Saúde Anchieta) local de maus-tratos e numerosas mortes de pacientes. A partir desta intervenção, demonstrou-se possível a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, foram implantados, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas; também foram criadas cooperativas e associações voltadas para auxiliar os familiares dos usuários a melhor lidar e entender a sua situação.

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde – formado pela articulação entre a gestão federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

A rede de atenção à Saúde Mental brasileira é faz parte do Sistema Único de Saúde, em uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituído, no Brasil, pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90. As Leis,

Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário⁵.

Na década de 1990, passam a entrar em vigor, no país, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, tudo isso devido à assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas, cerca de 90% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

Algumas linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país inteiro.

Os Centros de Atenção Psicossocial tem um grande papel na Reforma Psiquiátrica, por constituírem a principal estratégia deste processo. Com eles se têm a possibilidade de mostrar que pode existir uma rede substitutiva do hospital psiquiátrico no país.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento (BRASIL, 2004a). Os CAPS foram criados, oficialmente, a partir da Portaria GM 224/92 e regulamentados pela Portaria 336/GM de 19/02/2003, integrando a rede do SUS. Essa Portaria regulamenta os CAPS como: “[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”.

Os principais objetivos dos CAPS são:

- Atendimento clínico em regime de atenção diária;

⁵ Fonte: [História da Assistência à Saúde Mental no Brasil da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial - História da Psicologia - Psicologia Geral - PsicologadoArtigos](http://artigos.psicolgado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial#ixzz210I29dKh) <http://artigos.psicolgado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial#ixzz210I29dKh>

- Promover a inserção social;
- Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Os CAPS são serviços de saúde, abertos, comunitários que realizam acompanhamento clínico diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e auxiliam na reinserção social através de práticas terapêuticas que envolvem entre outras atividades o trabalho e o lazer. O CAPS é um serviço ambulatorial que funciona segundo a lógica do território e é definido como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004a, p.4).

Esse tipo de serviço deve ser encarado como uma rede substitutiva e não complementar aos hospitais psiquiátricos e está ligado à Secretaria da Saúde Municipal.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e usuários atendidos. Estes serviços diferenciam-se como CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os centros de menor porte, existentes em municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes se utilizam de uma equipe mínima de nove profissionais; têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS II são os centros de médio porte e atendem a municípios com uma população com mais de 50.000 habitantes. Os usuários deste centro são os adultos com transtornos mentais severos e persistentes e contam com uma equipe mínima de 12 profissionais.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. São capazes de dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os serviços

disponibilizados são de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Com no máximo cinco leitos realiza acolhimento noturno quando necessário (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). Dispõe de, no mínimo, 16 profissionais (nível médio e superior), além da equipe noturna e de final de semana, e têm capacidade de atender cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi são centros especializados em atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. São instituições, geralmente necessárias, para dar resposta à demanda em Saúde Mental em territórios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm suporte para acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estas instituições é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad são especializados em atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e atendem cidades com mais de 200.000 habitantes, assim como municípios de fronteira (rota de tráfico) ou cenários epidemiológicos importantes. Sua equipe mínima é de 13 profissionais.

Nos CAPS, as pessoas que podem receber atendimento, são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), assim como, as crianças e adolescentes com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Existem hoje, no país, 761 CAPS I implantados, 418 CAPS II, 55 CAPS III, 128 CAPSi e 258 CAPSad, totalizando 1620 CAPS no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais

para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 31).

Os CAPS têm como meta propiciar atendimento à comunidade de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário através do acesso ao trabalho, assim como o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos e oferecer cuidados clínicos eficazes e individualizados, assim como promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, desenvolvendo estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para ser atendido em um dos CAPS, é necessário que a pessoa (ou seu familiar ou cuidador) procure diretamente esse serviço. Também pode ser encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou por qualquer outro serviço de saúde. O acolhimento é o primeiro passo que deve ser tomado quando o usuário chega à instituição (ser ouvido em seu sofrimento), compreendendo a situação de forma mais abrangente possível, iniciando um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Juntamente com a equipe multidisciplinar, é construída uma estratégia terapêutica para cada usuário, pois todo o trabalho desenvolvido na instituição deverá ser realizado, em um “meio terapêutico”, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço. Tudo isto é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Após estabelecer o projeto terapêutico individual do usuário, o CAPS disponibiliza três tipos de atendimento: atendimento intensivo, que se trata de uma atenção diária e é oferecido ao indivíduo que se encontra com grave sofrimento psíquico; atendimento semi-intensivo, que é destinado ao paciente quando o seu sofrimento e a desestruturação psíquica já minimizaram, melhorando assim as possibilidades de relacionamento, mas o usuário ainda

necessita de acompanhamento direto da equipe multidisciplinar para se estruturar e recuperar sua autonomia; atendimento não-intensivo, que é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias durante o mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para o Ministério da Saúde (2004, p. 18):

O CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente a sua vida.

Os CAPS atendem esses usuários suprindo suas necessidades básicas, visando oferecer às pessoas com transtorno mental um tratamento digno, estruturando-os para que possam agir sobre o mundo, através de uma equipe de profissionais, com acompanhamento diário, e onde possam, ao final de cada dia, voltar para seus lares e estar em contato com suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

3.1 Áreas de atuação do Assistente Social em Saúde Mental

Em termos de antecedentes, na década de 1920 começaram a surgir os ambulatórios especializados em Saúde Mental, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, objetivando prevenir transtornos mentais na população. Desse modo, a psiquiatria estaria mais próxima da comunidade na perspectiva de normalização social, da eugenia, do exercício de uma vigília, do controle dos imigrantes e dos matrimônios, na tentativa de evitar uma deterioração hereditária (LOUGON, 2006).

Somente na década de 1980, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) responsável pelo Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, através do qual ocorreu um grande investimento do Estado no sistema de atendimento público, priorizando a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, na busca da reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental.

O Serviço Social na área de Saúde Mental começou, no Brasil, “[...] como assistência aos trabalhadores para amenizar a relação entre capital e trabalho” através da intervenção em fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, p.20). No entanto, o Serviço Social passou a fazer parte da área da saúde, sendo registrado como seu início em Saúde Mental o ano de 1946, influenciado pelo movimento de higiene mental da Europa.

Conforme Resende (1990 *apud* BISNETO, p.21):

Nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil [...].

Os referidos hospícios atendiam apenas a população que carecia de recursos financeiros para obter tratamento em clínicas particulares, já que

havia poucos hospícios estatais e também eram poucos os assistentes sociais para desempenhar essa tarefa. As poucas clínicas psiquiátricas privadas não empregavam assistentes sociais e dedicavam-se ao atendimento das pessoas com melhores financeiras.

Vasconcelos (2006, p. 184) aponta que:

As clínicas atendiam as demandas reais da população infantil/juvenil e suas famílias por cuidados em saúde mental, até então não assumidas pelo Estado, e constituíam equipes multiprofissionais pouco hierárquicas, o que valorizava o status profissional e a participação do Serviço Social em relação aos outros profissionais. Entretanto, tinham sua proposta marcada por forte viés adaptativo, individualizador e normatizador, dada esta inspiração geral no higienismo, o seu enquadramento e subalternidade no paradigma médico (diagnóstico – tratamento – cura/ajustamento) e sua fundamentação teórica-técnica na psicologia do ego e na sociologia e antropologia funcionalistas.

Vasconcelos (2006, p. 185) resume a citação acima, esclarecendo que:

A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.

O modelo para Saúde Mental no Brasil é diferenciado por setores: público, privado, conveniado ou não, consultórios particulares e planos de saúde. O Serviço Social em Saúde Mental faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), e atua com outras profissões da área, no trabalho realizado junto aos pacientes portadores de transtornos mentais.

Os assistentes sociais atuam na reintegração social dos usuários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Residências Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Suas ações nesses espaços referem-se à natureza da profissão, atuando junto à equipe interdisciplinar na efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o

usuário e sua família. Nesse campo, os assistentes sociais são também profissionais da área da saúde.

Conforme análise e atuação durante a experiência de estágio no CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e adolescentes, os assistentes sociais realizam atendimento individual (orientação); trabalho em grupos com os usuários e sua família (oficinas terapêuticas, e de geração de renda); visitas domiciliares com o objetivo de verificar a situação socioeconômica e familiar, buscando também recursos disponíveis na comunidade para reinserção social desses sujeitos; atividades comunitárias, entre outras.

Conforme a Lei nº 8.662/93 Art. 4º - Constituem competência do Assistente Social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Também, de acordo com a experiência citada anteriormente, foi possível identificar na prática profissional que cabe também ao assistente social: mobilizar os usuários tendo como base os preceitos da Reforma Psiquiátrica; trabalhar em prol da garantia dos direitos e exercício pleno da cidadania; intervir, juntamente com a equipe interdisciplinar, visando à troca de

experiências e planejamento de estratégia de atuação; reinserir os usuários à sociedade, facilitando o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Uma das críticas realizadas por alguns autores referem-se ao fato de que os serviços públicos articulam-se em rede, organizados em modo de pirâmide. Na base, há um conjunto de serviços responsáveis pela atenção primária, oferecida aos usuários do sistema de saúde. No meio da pirâmide, estão os serviços de média complexidade e, no alto, os de alta complexidade, como os serviços hospitalares (CECILIO, 1997).

Passos e Barros (2004, *apud* SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, não paginado),

[...] criticam a organização piramidal dos serviços no SUS pelo fato de funcionarem com processos de verticalização de cima para baixo, ou vice-versa. Além disso, afirmam que toda rede deveria operar de um modo descentralizado, sem um centro de gerenciamento. Destacam que o Ministério da Saúde, recentemente, através da Política Nacional de Humanização, vem desenvolvendo uma proposta de rede para além de um conjunto de serviços, programas ou *prescrições*, mas que funciona como um conjunto de ações que transversalmente vão se articulando.

Barros (2003) chama a atenção para a burocracia existente nas redes de saúde, especialmente, no caso da Saúde Mental, cuja situação se agrava, já que, historicamente, vem se consolidando o modelo hospitalocêntrico. Fato como este exclui o portador de transtorno mental do atendimento na rede de saúde.

Desarticulações como essas geram o que Barros (2003, p. 204-5) chama de cronicidades:

1. 'novas cronicidades' dos pacientes: ex-pacientes, agora usuários (...), são postos como seres passivos frente ao desafio da produção de outra subjetividade. (...) 3. a cronicidade produzida pela inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde: (...) que se verifica na existência desorganizada de várias portas de entrada (...) e uma falta de portas de saída"

3.2 Atuação do Assistente Social junto aos CAPS

O CAPS trabalha no sentido de desenvolver a autonomia e a cidadania dos usuários, portanto configura-se como um novo modelo no campo de Saúde Mental. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e usuários, e, também, organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros.

Os CAPS são considerados, hoje, dispositivos estratégicos da política de Saúde Mental, e um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2009, p.242).

Ao atuar em um CAPS é pertinente que o assistente social seja capaz de: mobilizar o usuário para o exercício pleno da cidadania; orientar os usuários e seus familiares sobre benefícios; participar e elaborar programas e projetos sociais; elaborar estudos socioeconômicos, a fim de conhecer a realidade social em que o usuário está inserido; explorar os recursos comunitários existentes; elaborar projetos que favoreçam a reinserção social do usuário e de sua família; orientar os usuários para recebimento de benefícios; realizar orientação familiar; promover atividades comunitárias; participar de reuniões técnico-administrativas; supervisionar estágios na área do Serviço Social; participar das reuniões de matriciamento em Saúde Mental com a atenção básica; realizar contatos e reuniões com a rede intersetorial (Conselho Tutelar, Juizado, etc.). Esses dados também são oriundos da experiência de estágio no CAPSi e também de acordo com os relatos feitos pela assistente social supervisora de campo.

Em relação às formas de registro, as mais utilizadas pela profissão são as atas das reuniões, os relatórios, os registros nos prontuários, os diários de campo e dados estatísticos mensais e anuais sobre a atuação do Serviço Social. Sobre as formas de registro, Souza (2008, p. 130) afirma que:

O diário de campo é importante porque o Assistente Social, na medida em que vai refletindo sobre o processo, pode perceber onde houve avanços, recuos, melhorias na qualidade dos serviços, aperfeiçoamento nas intervenções realizadas - além de ser um instrumento bastante interessante para a realização de futuras pesquisas.

“Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”. (MARTINELLI, 1994 p. 137). Os instrumentais técnicos mais utilizados na ação profissional da assistente social junto ao CAPS são: reuniões, pareceres sociais, estudos socioeconômicos, visitas domiciliares e institucionais (escolas, hospitais, projetos sociais), contatos com a rede intersetorial, entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos, atendimento individual e em grupo e preenchimento de prontuários.

Conforme Guerra (2002, p.2),

[...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível social: no nível do cotidiano.

Conclui-se, portanto, que o instrumental técnico-operativo é o “fio condutor” para se compreender e, conseqüentemente, transformar a realidade em que o indivíduo está inserido, tendo um objetivo claro e uma intencionalidade pré-definida.

3.3O trabalho interdisciplinar

O trabalho interdisciplinar vem ganhando espaço e força entre os profissionais e pesquisadores da área de Saúde, e também nas discussões e reflexões entre estudantes de Graduação e Pós-Graduação. É comum encontrar, na literatura, várias experiências sobre a importância da atuação interdisciplinar, visando à melhor conduta para o paciente e, também, a busca de um aprimoramento na visão de trabalho, no sentido de compartilhar

conhecimentos e experiências como objetivo de uma vida saudável (OLIVEIRA, 2000).

Gusdorf (1976, p. 26) afirma que:

[...] a exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas. Uma epistemologia da complementaridade, ou melhor, da convergência, deve, pois, substituir a da dissociação.

Arruda (1996, p. 9) aponta outras razões imprescindíveis para uma atuação interdisciplinar em um trabalho integrado em Saúde Mental:

1. A complexidade crescente em saúde mental. 2. A conscientização da comunidade científica de que o campo de atuação de um único profissional isolado pode apresentar importantes limitações. 3. A impossibilidade de uma única área de atuação profissional abarcar todo o conhecimento teórico e prático. 4. As dificuldades existentes para o planejamento adequado de qualquer política de saúde ou de qualquer serviço ligado à Saúde Mental.

Percebe-se, hoje, que há um expressivo número de fusões interdisciplinares, de onde se originam um grande número de disciplinas afins que compõem a equipe de saúde no Brasil. Para que se tenha uma eficiente troca de experiências e de conhecimentos, tanto teóricos como práticos, é importante que o trabalho dessas equipes tenha como meta a prevenção, o diagnóstico precoce e a reabilitação, realizados a partir do trabalho integrado de vários profissionais.

Uma das questões emergentes no campo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) foi compreender se o trabalho realizado entre os profissionais junto aos usuários era interdisciplinar, multidisciplinar ou transdisciplinar, para isso houve a necessidade de fazer uma distinção entre esses conceitos. Diante dessa análise, pode ser observado que o trabalho realizado no CAPS é interdisciplinar, e algumas vezes mescla interdisciplinaridade com transdisciplinaridade.

Na multidisciplinaridade, um elemento pode ser estudado por disciplinas diferentes ao mesmo tempo, contudo, não ocorrerá uma sobreposição dos

seus saberes no estudo do elemento analisado. Segundo Almeida Filho (1997) “a ideia mais correta para esta visão seria a da justaposição das disciplinas cada uma cooperando dentro do seu saber para o estudo do elemento em questão”. Nesta, cada um cooperará com o estudo dentro da sua própria ótica, mas sem existir um rompimento entre as fronteiras das disciplinas. Para Morin (2000) a grande dificuldade nesta linha de trabalho se encontra na difícil localização da articulação entre as diferentes ciências.

De acordo com Vasconcelos (2008, p.46),

A multidisciplinaridade pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa.

A interdisciplinaridade, segundo Pires, aparece para promover a superação da super especialização e da desarticulação teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade. A integração teoria e prática de que trata a interdisciplinaridade refere-se à formação integral na perspectiva da totalidade. O pensamento crítico que inspira esta discussão leva ao aprofundamento da compreensão sobre esta relação, colocando como de fundamental importância a definição da prática que se pretende relacionar à teoria.

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2008, p.47)

A transdisciplinaridade tem sido discutida, de forma ainda vaga e insere-se na busca atual de um novo paradigma para as ciências da educação bem como para outras áreas, como na saúde coletiva, por exemplo. Busca como referência teórica, o holismo e a teoria da complexidade, que, embora venham se constituindo em um referencial interessante, ainda estão pouco

compreendidos. Ainda segundo Vasconcelos (2008, p 48), “A proposta da transdisciplinaridade implica uma radicalização do nível anterior, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo”. O nível anterior em que se refere é a interdisciplinaridade.

Para a transdisciplinaridade as fronteiras das disciplinas são praticamente inexistentes. Há uma sobreposição tal que é impossível identificar onde um começa e onde ela termina. O conhecimento passa de algo setorizado para um conhecimento integrado onde as disciplinas científicas interagem entre si. Através desta visão ocorrem interações recíprocas entre as disciplinas. Estas geram a troca de dados, resultados, informações e métodos.

3.4 Intervenção profissional do Assistente Social junto aos Portadores de Transtornos Mentais (e suas famílias)

A família possui “uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente” (WHALEY; WONG, 1989; p. 21). Pode-se, então, afirmar que a estrutura da família é composta por indivíduos com posições reconhecidas socialmente. A família nuclear é formada por um homem, uma mulher e pelos filhos, sejam eles biológicos ou adotivos. No entanto existem cada vez mais novos arranjos familiares, com características bem distintas umas das outras.

A atenção à família já faz parte da história do assistente social, uma vez que, segundo Neder (1996), os assistentes sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, em outros, não a levam em consideração. É comum perceber, principalmente no membro que se apresenta como cuidador, as consequências resultantes do preconceito, despreparo e desinformação, que se manifestam pelo próprio isolamento, distanciamento de amigos e familiares, enfim, comprometem-se as relações sociais, muitas vezes por opção do

indivíduo que prefere evitar possíveis situações e/ou comentários vexatórios que venham a ocorrer.

Tendo em vista tal fato, Pereira (2000, p.254) relaciona as fragilidades descritas pela família cuidadora do Portador de Transtorno Mental e a atuação que o assistente social deve ter diante dessa questão:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atem para esta realidade, para que propiciem àquela, possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).

O trabalho do assistente social junto às famílias dos Portadores de Transtornos Mentais deverá estar direcionado ao fortalecimento dos laços para com o membro que necessita de atenção e cuidados especiais e também na luta contra o estigma social pelo qual os portadores de transtornos mentais e suas famílias são submetidos.

Bisneto (2007, p. 145) expõe, claramente, o que cabe ao profissional para superar determinadas fragilidades ainda existentes no campo de Saúde Mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos.

O assistente social deve também se disponibilizar as famílias dos portadores de transtornos mentais, para escutá-las, demonstrando interesse e levando em consideração a importância para com os seus problemas. No entendimento de Bussula, Oliveira e Volpato (2010, não paginado) atitude como essa visivelmente simples e que poderia ser realizada por qualquer outra pessoa, mesmo sem formação acadêmica, é, na verdade, uma etapa do

caminho a ser percorrido na busca de algo maior, cujo diferencial está na intencionalidade do assistente social que pode se deixar levar pelos limites institucionais e outros desafios a serem superados ou então propor e efetivar mudanças na realidade dessa família vítima da exclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou refletir acerca do papel dos assistentes sociais no âmbito da Saúde Mental. Observou-se que esse profissional tem atuado, principalmente, no sentido de proporcionar aos portadores de transtorno mental uma melhor qualidade de vida, atuando na consolidação de seus direitos. O trabalho realizado, a partir de pesquisa bibliográfica e da experiência de estágio em duas instituições que atuam em Saúde Mental, comprovou que o assistente social tem fundamental importância nessa área.

A Reforma Psiquiátrica vem oportunizando uma nova maneira de cuidados e atenção para com os usuários, embora se saiba que é preciso ir além. Apesar de todas as conquistas obtidas com o processo da Reforma, sabe-se que é preciso investir mais na construção da autonomia e da cidadania dos portadores de transtorno mental, criando estratégias, para que os usuários dos serviços de Saúde Mental sejam contemplados em seus direitos.

Ainda hoje, os portadores de transtornos mentais são excluídos, não apenas pela sociedade, mas também, pela família, e muitos ainda são considerados perigosos e incapazes de se adaptarem à sociedade. Assim, cabe também ao assistente social estabelecer relações entre esses indivíduos e seus familiares, pois estes também precisam de acompanhamento, uma vez que a questão que os envolve é bastante complexa. Esta situação requer a intervenção do assistente social e de outros profissionais que atuam na área da saúde, junto ao Estado e a sociedade em geral.

De uma maneira geral, é preciso dar ênfase na tendência que visa reverter o modelo hospitalar, ampliando significativamente uma rede de cuidados extra-hospitalares e de base comunitária. Mas, mesmo tendo ocorrido significativos avanços referidos à rede de serviços em Saúde Mental, enfatizando o trabalho interdisciplinar e as práticas em grupo, é necessária uma avaliação constante do processo em construção, levando em conta as limitações e os desafios impostos cotidianamente.

Além disso, existe a necessidade de incluir disciplinas no curso de graduação de Serviço Social na área da Saúde Mental devido à importância de preparar bons profissionais para esse emergente campo de atuação. Nesse sentido, há ainda muitas lacunas, havendo poucas disciplinas relacionadas ao tema em questão no curso de serviço Social e pouca produção teórica em geral.

Finalizando, é de suma importância a constante atualização, formação e especialização de profissionais que pretendem ou que já estão atuando na área da Saúde Mental, bem como em todas as áreas de atuação dos assistentes sociais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D. de C. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARRUDA, S. L. S. Prefácio. In: RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: E. P. U., 1996.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a. p. 171-195.

BARROS, R. B. *Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais*. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BARBOSA, Marcos P. S. *Paciente em agitação psicomotora*. Disponível em www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-15.html Acesso em 30/06/12.

BRASIL. *Leis, Portaria n 251/GM*. [periódico on line] 2002 , 31 de janeiro. Disponível em URL: <http://www.saúde.gov.br/portarias/2002>.

BRASIL MS 1987. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília.

BRASIL MS 1992. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília.

BRASIL MS 2001. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno de Textos. Brasília.

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.

BRASIL. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Relatório Final do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Bahia, 1993.

CABRAL, A.; NICK, E. *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix, 1989.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma pirâmide a ser explorada. *Cadernos Saúde Pública*, 13(3), 469-478, 1997.

CHAPLIN, J.P. *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1981.

COLEMAN, J.C. *A psicologia do anormal e a vida contemporânea*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1973, v.2.

COSTA-ROSA, A. *Saúde mental comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. [dissertação mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia/USP; 1987.

DELGADO, P.G.G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. *Revista Saúde em Debate*, junho 1992.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GASTAL, F.L.; LEITE, S.O.; FERNANDES, F.N.; BORBA, A.T. de; KITAMURA, C.M.; BINZ, M.A.R.; AMARAL, M.T. do. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria. Rio Grande do Sul*. V.29, n.1, Porto Alegre. Jan/Apr. 2007.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GUERRA, Yolanda. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. *Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais*, 2002.

GUSDORF, G. Prefácio. In: JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

JORGE, Marco Aurélio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

KANTORSKI, L. P.; PITIÁ, A. C. A.; MIRON, V. L. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista "Saúde em Debate" entre 1985 e 1995. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.4, n.2, p. 03 – 09, 2002. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Acesso em 12/06/12.

LOUGON, M. *Psiquiatria institucional*. Do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, Graziela S. O trabalho do Serviço Social nos CAPs. *Revista Textos e Contextos*. Porto Alegre v.8, n.2, p. 241-254, jul./dez. 2009.

MEDEIROS, Andrea dos Santos Silva. Prisão perpétua no Brasil (?): A situação do louco infrator. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Ed. 29, outono, 2003.

MELO, Giane Alves de; CUNHA, Assis. *Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas*. 2008. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/saude-mental-luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/11430/>. Acesso em 03/06/2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia da Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1988.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretária de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2004.

NEDER, G. *Trajetórias Familiares*. Florianópolis, Mimeo, 1996.

NICÁCIO, M. F. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura*. Dissertação de mestrado, PUC-SP, 1994.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (3):333-340, 2003.

OLIVEIRA, Luiz Carlos de et al. *O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado*. *Salusvita*, Bauru, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Organização Pan-Americana de Saúde: Ministério da Saúde. 2001.

PASSOS, E.; BARROS, R. (2004). *Clínica, política e as modulações do capitalismo*. Lugar comum, 19/20, 159-171, 2004.

QUINTO NETO, A. A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. *Revista Saúde em Debate*, dezembro, 1992.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. Retrieved July 24, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414

RIBEIRO, Paulo R. Marçal. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU, 1996.

SZASZ, Thomas S. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

SANTOS, Jacinto dos. *Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Disponível em <http://www.alternativamedicina.com/historia-da-psiquiatria/reformas-saude-mental.html> Acesso em 17/07/12.

SOUZA CAMPOS, G.W. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. *Revista Saúde em Debate*, dezembro 1992.

SOUZA, Charles Toniolo. *A Prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional*, 2008.

STRAUB, R.O. *Psicologia da saúde*. São Paulo: Artmed, 2005.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA, Ana Rosa B. Organização e Saber Psiquiátrico. *Revista de Administração de Empresas*. Rio de Janeiro: 21(4), 49-58, out./dez. 1981.

ANEXOS

Anexo 1

PROJETO DE LEI N.º 3.657 DE 1989.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Redação final do Substitutivo do Senado Federal.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º - O Poder Público destinará recursos orçamentários para construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões

intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde -SUS.

Art. 5º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada à continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e;

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 8º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 9º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10 - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º - O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11 - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança

do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 13 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 15 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Aqui no Estado do Rio Grande do Sul, os hospitais psiquiátricos são regulamentados com base na seguinte legislação:

Anexo 2

LEI ESTADUAL N.º 9.716, DE 07 DE AGOSTO DE 1992.

DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Art. 1º - Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade, sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inc. LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirão laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.

§ 1º - É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais.

§ 2º - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando a aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4º - Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º - Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado aos tratamentos dos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no "caput" não poderão ultrapassar a 10% (dez por unidade operacional).

§ 2º - Para os fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5º - Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível à existência de serviço de atendimento para pacientes que padeçam de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º - Às instituições privadas de saúde e assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do artigo 199 da Constituição Federal.

Art. 7º - A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da lei federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado do Sistema Único de Saúde:

§ 1º - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de /trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, o estabelecido nesta Lei.

§ 2º - As Secretarias Estadual e Municipais de Saúde disporão de um ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem, respectivamente, aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Art. 8º - Os recursos assistenciais previstos no artigo 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, sendo competência dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único - Os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único - As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de Conselhos Comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar às famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS

Art. 10 - A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expresso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e, quando houver, à autoridade de Defensoria Pública.

§ 2º - A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins da formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 11 - O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado, para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 - A Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários a sua regulamentação.

Art. 14 - Compete aos Conselhos Municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 15 - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 16 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Anexo 3

Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000

Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;

a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;

a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1.º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art.2.º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, devese reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3.º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

a. garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

a. serem exclusivamente de natureza pública;

a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;

estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;

estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;

a critério do Gestor municipal/estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6.º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7.º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a. 01 (um) profissional médico;

02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

Art.8.º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9.º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art.10 Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas

gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art.11 Determinar o encaminhamento por parte das secretarias estaduais e municipais, ao Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das Fichas de Cadastro Ambulatorial (FCA) e a atualização da Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH), com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2.º desta portaria.

Art.12 Definir que as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art.13 Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não-Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços

voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.