



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

Susana Assunção Pereira

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL  
SEGUNDO A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Florianópolis  
2011

Susana Assunção Pereira

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL  
SEGUNDO A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial a obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Prof. Dr. Luciana Patrícia Zucco

Florianópolis  
2011

Susana Assunção Pereira

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL  
SEGUNDO A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Prof. Dr. Luciana Patrícia Zucco

Banca examinadora

---

Prof. Dr. Luciana Patrícia Zucco  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Tânia Regina Kruger  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Claudia Balbinott Matos (Assistente Social)  
Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina

Data da defesa: 06/06/2011

*Dedico este trabalho a meus pais por todo amor e dedicação,  
este trabalho é uma conquista de todos nós.*

## **Agradecimentos**

Este trabalho é fruto de diversas indagações e de uma longa caminhada. Muitas pessoas contribuíram para que esse momento fosse possível. Gostaria de agradecê-los.

Agradeço a Deus pela conquista e por iluminar minha caminhada.

Aos meus pais, por todo o apoio e dedicação. Por terem me incentivado e trabalhado tanto a fim de possibilitar este momento. Agradeço pela coragem de vocês e pelos ensinamentos transmitidos. Também as minhas irmãs. OBRIGADA POR TUDO, AMO MUITO VOCÊS.

De forma especial agradeço ao Anderson, por toda amizade, carinho, dedicação, amor e compreensão. Pela força e coragem nos momentos de dificuldades e por partilhar os momentos de alegria.

À Prof. Dr. e orientadora Luciana Zucco, pela paciência e pelas críticas fundamentais à construção deste trabalho.

À Assistente Social Claudia, por ter me proporcionado as primeiras experiências no estágio. Pela paciência e por todas as respostas apresentadas a mim quando necessitei. Obrigada pelas contribuições na constituição deste trabalho e por fazer parte dessa caminhada.

Aos Assistentes Sociais do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, pelos momentos de aprendizagem e contribuições à minha formação.

Aos meus colegas e amigos na graduação, Adelson, Andressa, Daiane, Davi, Débora, Marines, Manuela, Micheli, Samara, Saulo, Thaís e Thiago, nas primeiras e nas últimas fases, que se tornaram amigos e companheiros na vida. Obrigada por tudo o que passamos juntos, pelo apoio e pelo incentivo de vocês, pelos momentos de descontração e de apreensão durante todas as fases. A distância e o tempo nunca irão nos separar.

Enfim, agradeço a todos que mesmo não sendo citados, contribuíram na constituição deste trabalho, sintam-se agradecidos.

*Mulheres e Homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isso, somos os únicos em quem aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.*

Paulo Freire

## **Resumo:**

PEREIRA, Susana Assunção. **A desinstitucionalização do portador de transtorno mental segundo a produção bibliográfica**. Florianópolis, SC, 2011. 61 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social.

Este trabalho analisa a produção científica sobre serviços substitutivos e redes de apoio ao hospital psiquiátrico. A assistência psiquiátrica no Brasil foi construída com base na internação e exclusão dos 'doentes', o que os afastava do convívio com a sociedade. No Brasil, a partir da década de 1970, começam a surgir os movimentos sociais, reflexo das insatisfações econômicas, políticas e sociais, inclusive o Movimento Sanitário e Psiquiátrico. Estes questionam a política de saúde e propõem reformas para a saúde e assistência psiquiátrica. Logo, a assistência asilar é questionada e inicia um processo de mudanças estruturais, que visavam à constituição de serviços extra-hospitalares de base comunitária, a fim de reinserir os portadores de transtorno mental na sociedade, em detrimento do modelo votado ao hospital psiquiátrico como centro de tratamento. A criação da Lei 10.216 (2001) foi o marco no que diz respeito à Reforma, pois consolidou todo o processo de luta e reivindicações que os movimentos sociais há anos alvitavam. Além disto, tem como enfoque o tratamento que envolve a visão global do indivíduo, levando em consideração os aspectos de sua vida social, econômica e cultural. Com base nesta discussão foram analisadas as produções bibliográficas dos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública. Para tanto, utilizamos a abordagem qualitativa e a análise temática (Bardin, 1995) para a construção dos dados. Como principais resultados, identificamos a dificuldade de superar o paradigma do hospitalocentrismo, que apesar dos preceitos da Reforma ainda se configura como o modelo vigente de tratamento ao portador de transtorno mental. A dificuldade de instituir a desinstitucionalização devido à falta de financiamento adequado para constituição da rede de serviços extra-hospitalares, bem como, a carência de profissionais qualificados para lidar com a demanda que se apresenta.

Palavras-chave: assistência psiquiátrica, saúde mental, desinstitucionalização e redes de apoio.

## **Abstract:**

PEREIRA, Susana Assunção. **A desinstitucionalização do portador de transtorno mental segundo a produção bibliográfica.** Florianópolis, SC, 2011. 61 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social.

The propose of this project is to discuss about the networks who support the individuals with mental disorder manage by the National Politic of Mental Health. The psychiatric care in Brazil was built based on the hospitalization and exclusion of the 'sick'ones, making them apart from the society. In Brazil, at the begging of 1970 new social movements appear, as the reflection of economic, politic and social in satisfactions including the Sanitary and Psychiatric movement. Both question the health policy and propose changes to health and psychiatric assistance. From this moment, the assistance is question, and a process of structural changes who aimed community extra-hospital services stars, with the goal to reinsert those with mental disorder into the society, with the psychiatric hospital chose as the treatment center. The creation of the Law 10.216 (2001) was a great improvement to this new system, because it consolidates all the process of struggle and claims that the socials movements battle for many years. Besides that, it focuses on the treatment that involves a global vision of the individual, taking in consideration the aspects of his social, economic and cultural life. Based on this discussion, the bibliographies productions on the notebooks and magazine of Public Health were analyzed. To the construction of the data, we use the qualitative approach and thematic analysis (Bardin).With the main results, we identify the difficulty to overcome the paradigm, typical from Brazil, were families constantly want to hospitalized their parents even when not necessary, this still remain as the most used model in treatment of individuals with mental disorder. The difficulty due to the lack of appropriate financial resources to de network of extra-hospital services, as the constant need of qualified professionals to deal with the everyday problems.

Keywords: psychiatric care, mental health, deinstitutionalization, support networks.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF .....	p.27/28
Tabela 2 – Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais por UF.....	p.31/32
Tabela 3 – Residências Terapêuticas em funcionamento .....	p.33
Tabela 4 – Centros de Convivência e Cultura .....	p.35

## LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PTM – Portador de transtorno mental

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	11
2. A ‘loucura’ no Brasil: novos princípios e antigos conceitos .....	14
2.1 Histórico da assistência psiquiátrica .....	14
2.2 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica .....	17
2.3 Rede extra hospitalar .....	23
3. Saúde mental e atenção psicossocial: o que traz a produção bibliográfica .....	39
3.1 Percurso Metodológico .....	39
3.2 Produções teóricas acerca dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.....	40
4. Considerações finais .....	56
Referências Bibliográficas.....	58

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho analisa a produção científica sobre serviços substitutivos e redes de apoio ao hospital psiquiátrico. As inquietações acerca do tema saúde mental surgiram no campo de estágio, no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, onde trabalhamos com moradores que estão há anos institucionalizados, vivendo em regime asilar devido a falta de serviços que os abriguem.

O processo de transformação no campo da saúde mental e da assistência ao portador de transtorno mental (PTM) é oriundo da Reforma Psiquiátrica. Preconizada com base na desinstitucionalização, a proposta da Reforma Psiquiátrica é substituir o modelo hospitalocentrico por outras modalidades de cuidado, implicando no retorno do PTM ao convívio social e como parte integrante da sociedade. Este modelo de assistência à saúde mental propõe uma rede integrada de atenção de base comunitária que viabilize a continuação do tratamento, considerando as singularidades e as condições de vida de cada pessoa.

A descentralização da atenção em saúde mental para além do hospital psiquiátrico nos conduz a novas alternativas terapêuticas, passando o hospital a desempenhar funções específicas (de atendimento em crises), sendo que a comunidade se torna um espaço de cuidado, substituindo o modelo asilar. Logo, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) prevê uma rede substitutiva ao hospital, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Convivência e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Essa rede possibilita o tratamento na comunidade, sem o afastamento da pessoa de seu meio social, passando a envolver mais a família no tratamento. Isto implica em um mínimo de recursos que permita ao PTM certa independência para as atividades diárias e para o exercício da cidadania.

Imaginar o crônico há anos institucionalizado, lentamente saindo do cotidiano do ‘asilo’, freqüentando, por exemplo, hospitais-dia, resgatando seu direito de ir e vir, requer uma política condizente e estruturada com a adoção de estratégias para a desinstitucionalização e novos dispositivos institucionais, que busquem discutir a questão da saúde mental e da cidadania dos usuários. Do contrário, a inexistência dos dispositivos criados para o cuidado do PTM não oferece alternativas, somente a internação integral para além dos momentos de crise, ocasionando a cronificação do transtorno. Esta realidade evidencia o desrespeito dos direitos destes cidadãos, reproduzindo a lógica da segregação e da discriminação tão combatida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, a família se apresenta como sendo fundamental no processo de desinstitucionalização, ao absorver as demandas apresentadas por seus membros devido à falta de outros serviços de apoio. Ela passa, então, a ter uma função técnica que não é de sua competência, sendo necessário estender as responsabilidades ao contexto de um sistema de proteção social que realmente proteja esse segmento da população.

A falta de serviços substitutivos ficou evidenciada ao longo do estágio no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, acarretando na sobrecarga das famílias. Após a internação, a família é instruída a procurar uma rede de apoio para continuar o tratamento, porém na falta destes serviços, volta a internar seu membro, constituindo assim um processo de cronificação. Além disto, há o Centro de Convivência Santana, onde residem em torno de 250 moradores, resultado do processo de asilamento que ocorria anterior à atual PNSM.

Questionamos, assim, o modelo de atenção voltado para a internação especializada dentro do hospital, já que isto acaba com a autonomia da pessoa, sua livre circulação e sua cidadania. O PTM utilizou há anos tais instituições psiquiátricas, sem outros tipos de suporte. No entanto, a PNSM preconiza o fim dos hospitais psiquiátricos como centro da atenção em psiquiatria, e aponta para outro tipo de assistência, de cuidados, de práticas profissionais, de relações entre os profissionais e com os usuários, enfim, de mudanças estruturais e organizacionais dos serviços de saúde mental.

Nesse quadro, algumas indagações se impõem e outras são impulsionadas pela experiência de estágio: a rede existe ou está em construção? Em São José a rede apresenta dificuldades em seu processo de construção devido à implementação tardia dos preceitos da Reforma ou essa é uma realidade nacional? A implementação tardia é uma realidade dos Estados pequenos? Ou a política tem problemas inerentes a ela? Foi a partir destes questionamentos que orientamos a discussão realizada no presente trabalho, tendo como objeto a saúde mental, ou seja, a produção teórica sobre o tema, com vistas a analisar o que os pesquisadores trazem sobre os serviços e redes de apoio.

Em um primeiro momento, através da pesquisa bibliográfica, abordamos a história da assistência psiquiátrica, apontando seu surgimento e sua forma de organização no Brasil. Em seguida, expomos o processo de Reforma Psiquiátrica e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são partilhados pela Reforma Sanitária. Foram também pontuados os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no contexto da desinstitucionalização (CAPS, SRT, hospitais-dia, dentre outros).

Passamos, então, a discutir a metodologia da pesquisa para situar o processo de construção e análise dos dados, assegurando, dessa forma, o rigor científico necessário à

investigação. Como referência, utilizamos para a análise temática dos dados as orientações sugeridas por Bardin (1995). Logo, analisamos os textos encontrados nos Cadernos de Saúde Pública e na Revista de Saúde Pública através do processo de categorização e da identificação dos sentidos, por fim, apresentamos a conclusão do trabalho.

## 2. A ‘loucura’ no Brasil: novos princípios e antigos conceitos

*A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social.*  
(Amarante, 1994, p. 74)

Este capítulo apresenta inicialmente a forma como a questão da loucura vem sendo tratada no Brasil, através da história da assistência psiquiátrica. Discutimos a trajetória da Reforma Psiquiátrica inserida na perspectiva da Reforma Sanitária, que por sua vez implementa-se em um ambiente de transformações societárias. Será analisada a importância e o significado das transformações no âmbito das políticas públicas de saúde que determinaram as práticas que temos hoje em funcionamento. Assegurado esse quadro de referências, apresentamos o conceito de desinstitucionalização segundo os preceitos da Reforma e os serviços substitutivos que se constituem como base para a nova PNSM.

### 2.1 Histórico da assistência psiquiátrica

No Brasil, a instituição da psiquiatria encontra-se relacionada à vinda da Família Real Portuguesa em 1808. Assim como em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade, tendo em vista recolher os que perambulavam pelas ruas, constituindo o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes. Nesta época foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e às novas políticas do século XIX. Britto apud Mesquita (2008, p. 3) nos explica:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento

do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública.

Assim como no contexto internacional, no Brasil a forma de tratar a loucura era encarcerando em casa os ‘doentes’. Estes eram considerados inaptos para qualquer tipo de relação e trabalho, assim como os negros e os criminosos, sendo colocados em porões nas Santas Casas. Essas pessoas eram excluídas do convívio social, durante anos foram discriminadas, excluídas, isoladas, sendo submetidas a tratamentos inadequados que reiteravam sua condição de impotência e incapacidade de decidirem sobre sua doença ou condição de vida.

Desse modo, o asilamento funcionava como um mecanismo social, com a função de controlar a ordem social. Todos aqueles que apresentavam um risco para a sociedade eram excluídos das cidades, sendo tirados das ruas os loucos, os pobres, os mendigos, os doentes e os leprosos, e enclausurados em instituições para não ficarem vagando pela cidade. Ou seja, deles era retirado a liberdade em nome da ordem social. “O asilo reduzirá as diferenças, reprimirá os vícios, extinguirá as irregularidades. Denunciará tudo aquilo que se opõe as virtudes essenciais da sociedade”. (FOUCAULT, 2003, p. 488)

Depois de muitas reivindicações e lutas devido aos relatos de maus tratos e a falta de uma assistência para os doentes psiquiátricos, em 1841, através do decreto número 82, foi criado o 1º hospício do Brasil, situado na Praia Vermelha no Rio de Janeiro, e denominado Hospício Pedro II. Essa inauguração deu origem a outras instituições - asilos, manicômios -, o que gerou maior visibilidade à psiquiatria. A partir daí, diversas mudanças ocorreram no tratamento dos considerados “alienados”.

O asilo constitui-se o anteparo necessário à reclusão do alienado com vistas a sua possível recuperação, inscrevendo-se num ideário de liberdade na justa medida em que o alienado ai recluso, recobrando a razão, volta a comungar dos direitos de todo cidadão e participar do contrato social. (SPRICIGO, 2001, p. 27).

No entanto, a psiquiatria asilar, na origem de sua construção, foi objeto de críticas, o que gerou diversas reformas no que diz respeito à finalidade que se propunha o asilo e as precárias condições deste. As críticas compreendiam desde o atendimento desumano, condições precárias, superlotação, alto índice de cronificação até a exclusão praticada contra os loucos na busca de tratamento. Logo, os asilos não conseguiram alcançar a finalidade de tratamento que se propunham. A criação de hospitais psiquiátricos em todo o Brasil visava à



substituição destas estruturas meramente asilares e não terapêuticas que existiam no País. A construção distante dos centros urbanos era o reflexo dos preconceitos e da desinformação sobre o universo do transtorno mental.

De acordo com Rosa (2008), o asilamento do louco e sua apropriação pelo saber médico restringiu a família ao papel de identificar a loucura e encaminhar o PTM para o asilo. A relação da família com o PTM ficou limitada a mediação do saber médico, estes ficaram encarregados pela cura e pela prestação da assistência enquanto a família foi excluída dos cuidados. O louco é retirado de seu meio social e familiar. A instituição asilar se constituía como principal modalidade de cuidado ao PTM.

A década de 1930 é marcada pelas ‘descobertas terapêuticas’ no campo psiquiátrico, com o advento do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, que se constituíram como tratamentos hospitalares, porém ocasionaram práticas ainda mais constantes de asilamento.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgem muitos questionamentos acerca do objetivo da psiquiatria, que apontavam para a necessidade de construir nova ordem social, e novas práticas interventivas. As reivindicações visavam mudanças no hospital psiquiátrico, os movimentos buscavam a humanização do hospital, criticavam seu modelo e sua estrutura, justificando que havia uma cronificação e que o objetivo de cura não estava sendo atendido, devendo então passar por reformas. Com a descoberta dos antipsicóticos, na década de 1950, a psiquiatria é fortalecida, decorrendo daí o processo de psiquiatrização e o uso de medicações nos asilos como instrumentos de repressão e violência, a fim de “tranqüilizar” os doentes mentais.

As transformações decorridas da guerra incluem o Brasil, com reformulações guiadas pelos princípios da Psicoterapia Institucional<sup>1</sup>, Psiquiatria de Setor<sup>2</sup> e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária<sup>3</sup>. De acordo com Spricigo (2001), estas transformações tinham como objetivo a reformulação e a superação do modelo psiquiátrico vigente em prol de um novo projeto, onde o foco era a saúde mental. Isto repercutiu na assistência psiquiátrica no Brasil no período pós ditadura militar.

---

<sup>1</sup> Psiquiatria Institucional: provem da experiência realizada por François Tosquelles na França, e pretende resgatar o potencial terapêutico do hospital, tendo como premissa que não se pode tratar o doente sem antes tratar a instituição. (AMARANTE, 1994).

<sup>2</sup> Psiquiatria de Setor: inspirada nas ideias de Bonnafé buscava uma transformação das condições asilares do pós-guerra. O hospital era dividido em vários setores, que correspondiam a uma região da comunidade. O que possibilitava manter os hábitos e costumes de cada região na população interna. (AMARANTE,, 1994).

<sup>3</sup> Psiquiatria Preventiva ou Comunitária: conjunto de programas que visavam reduzir na comunidade os transtornos mentais (prevenção primária); programas para reduzir a duração dos transtornos mentais (prevenção secundária) e programas para reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária). (AMARANTE,, 1994).

## **2.2 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica**

A constituição do Movimento Sanitário ganha visibilidade nacional no fim da década de 1970, e é marcada por uma profunda crise política no país, que favorece o seu surgimento. Logo, esta crise intensifica as insatisfações populares, do mesmo modo que as discussões sobre a assistência à saúde. Com o fim da ditadura, as categorias trabalhistas mais organizadas formaram os sindicatos, estes trouxeram a tona questões como liberdade, condições de vida e participação social. Assim como os movimentos sociais emergentes, o Movimento Sanitário, além de questionar o modelo econômico vigente e exigir mudanças, luta pela redemocratização da saúde, a fim de que esta se torne um direito social.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, assim como o Movimento Sanitário, inscreveu-se no âmbito de uma luta mais geral pela redemocratização nacional, pela anistia, pela liberdade de imprensa, pelos direitos de cidadania, pelas eleições diretas, dentre outras. No contexto destas lutas, a problemática da saúde assume importância singular ao servir para denunciar o caráter impopular e autoritário do exercício estatal em suas políticas sociais. (AMARANTE, 1998).

O Movimento Sanitário, sob pressão do regime autoritário, caracterizou-se como força política para viabilizar suas propostas. O governo do general Geisel (1974-1979), através da estratégia de distensão política, possibilitou ao Movimento Sanitário apresentar propostas no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. A prática médica e curativa era centrada em atendimentos individuais e assistencialistas em detrimento das ações preventivas. (LIMA et al, 2005).

Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Este surge como uma das organizações da sociedade civil de maior destaque. Constitui-se como um importante espaço de discussão sobre a saúde, além de se posicionar criticamente em relação às políticas do governo. Torna-se, então, um veículo de denúncias das condições em que viviam os internos de hospitais psiquiátricos. Além disto, foi um instrumento de luta pela democratização do País e pela racionalização na organização dos serviços de saúde. Paralelamente, emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como resultado da crise gerada pelas constantes denúncias contra as péssimas condições da psiquiatria, e se constitui como espaço de discussão de propostas para assistência psiquiátrica.

O estopim do Movimento foi uma grave crise que ocorreu nos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), quando estagiários e profissionais de hospitais

psiquiátricos denunciaram a violência que ocorria no interior dessas unidades, a violação dos direitos humanos e as agressões, além de reivindicarem melhores condições de trabalho e assistência. A crise se tornou uma greve geral e terminou com a demissão de 260 (duzentos e sessenta) profissionais e estagiários. Pela conjuntura histórica em que aconteceu recebeu o apoio imediato das forças sociais democráticas que lutavam contra o regime militar

O Movimento expressou as insatisfações daqueles que trabalhavam neste setor e também daqueles preocupados com a situação apresentada, portanto, não sendo um Movimento corporativo, mas múltiplo. Dele participaram profissionais do setor, pessoas ou entidades que se identificaram com a luta empreendida, simpatizantes e familiares, passando a ser conhecido como o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Uma das insatisfações abordada pelos movimentos é o declínio da psiquiatria pública em detrimento do crescimento da psiquiatria privada, ocorrido pela realização de convênios com o Estado. Através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a utilizar os serviços de saúde, inclusive os psiquiátricos, do setor privado. Dessa forma, cria-se uma “indústria para o enfrentamento da loucura”, e promove-se à instalação do lucro como mediador das relações de saúde.

Os leitos privados passaram a crescer dez vezes mais rapidamente do que os leitos públicos e seis vezes mais rapidamente que o crescimento da própria população brasileira. O doente mental torna-se mercadoria e se vê transformado em fonte de renda. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990 apud ROSA, 2008, p. 100).

Começa a surgir o modelo manicomial brasileiro. Um modelo marcado pelo lucro e não pela preocupação com os portadores de transtorno, nem com suas famílias, um modelo que excluiu e que eximiu o Estado de suas responsabilidades.

Dessa realidade, decorrem as inquietações populares e a pressão por reformas sanitárias que visavam à redefinição dos modelos de assistência à saúde, exigindo novas formas de tratamento ao PTM. Os Congressos de Saúde Mental, realizados nos anos de 1980, trataram de discutir a situação da assistência psiquiátrica no Brasil, criticaram o modelo asilar, defendendo o direito dos pacientes e propuseram a expansão da assistência psiquiátrica para o nível ambulatorial, dentre outras propostas apresentadas.

Em 1986 foi realizada a 8º Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde”. Tal lema remetia à idéia da necessidade de redemocratização do País, para, então, construir condições de mudanças e conquistas das condições de saúde da população. Dentre

os principais pontos de discussão estavam: a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor, bem como a proposta de criação do SUS, que visava saúde pública e universal. Esta foi sem dúvida a mais importante Conferência de Saúde realizada, tendo a participação de milhares de pessoas de diferentes segmentos populacionais, como moradores, sindicatos, partidos políticos, dentre outros. Nesta Conferência, o conceito ampliado da saúde é apresentado como um dos pontos fundamentais, sendo compreendido para além da ausência de doença, ou seja, como condições de vida em sociedade.

Na mesma direção no campo da saúde mental, houve um importante movimento dos seguimentos sociais dos trabalhadores juntamente com os usuários e seus familiares, reivindicando alterações no modelo de assistência vigente.

Um ano após a Conferência Nacional de Saúde, em 1987, acontece a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Dentre as discussões da Conferência estão a Reforma Sanitária e a reorganização do modelo assistencial de saúde mental, guiados pelo princípio de participação popular, com vistas à reversão do modelo hospitalocentrico, pela substituição dos leitos psiquiátricos asilares por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e em serviços de base comunitária, e à criação do modelo extra-hospitalar. Tais proposições eram contrárias à realidade apresentada pelas políticas sociais brasileiras, que tinham como objetivo prioritário conter as insatisfações da população sem responder suas reais necessidades.

Após esta Conferência, denominada “Por uma sociedade sem manicômios”, houve um redirecionamento das reivindicações dos Movimentos. A Reforma Psiquiátrica ganhou maior visibilidade, pois ultrapassou o contexto acadêmico e passou a ser discutida também pela sociedade, tornando-se, assim, um movimento social em prol de transformações no campo da saúde mental.

Em outubro de 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de Lei 3.657/89, que tinha como proposta a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento. Indicava, ainda, a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos assistenciais não manicomialis. O projeto abriu espaço para diversos debates em torno do tema da assistência psiquiátrica, da loucura e dos manicômios. Tendo como referência o já citado projeto de lei, foram aprovadas diversas Leis estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica.

Todo esse processo de luta e de organização da classe trabalhadora e dos usuários dos serviços de saúde teve repercussão na Constituição Federal de 1988. Enfim, as propostas que o Movimento Sanitário vinha há anos pleiteando foram incorporadas ao texto constitucional.

Neste, a saúde se torna um direito inerente à condição de cidadão, conforme preconiza o art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com Rosa (2008), a Constituição reforça os princípios defendidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde por meio do SUS. Este se torna um serviço público e universal, tendo como princípios e diretrizes:

- a universalidade da saúde como direito de todos e dever do Estado;
- a integralidade das ações. Esta leva em conta as necessidades de cada pessoa englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a equidade no tratamento, ou seja, igualdade de oportunidade no acesso ao sistema de saúde (justiça social), desde que respeitada as diferentes demandas;
- a regionalização e hierarquização dos serviços através da sua divisão em níveis de complexidade, baixa, média e alta complexidade;
- a participação e controle social dos usuários por meio de entidades que o representam (Conselhos de direito, por exemplo);
- a descentralização político administrativa dos serviços, ações e recursos humanos. Cada gestor é responsável por sua área de abrangência, sendo assegurada a distribuição das responsabilidades nos níveis federal, estadual e municipal;
- a resolutividade, que versa sobre a capacidade de dar respostas as demandas apresentadas, considerando o nível assistencial de competência do equipamento de saúde.

Apesar de instituídos os preceitos dos Movimentos Sociais, as lutas por melhores condições de atenção não foram encerradas. No fim da década de 1980 surgem dúvidas e incertezas em relação à implementação dos projetos de Reforma Sanitária, dentre elas, a ineficácia do setor público e a ausência de melhorias no setor da saúde. Em 1990, o governo aprova a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços, dentre outras providências. Apresenta, ainda, uma concepção ampliada da saúde:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e

serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (LEI 8080/1990).

De acordo com Rosa (2008), a regulamentação desta Lei vetou os artigos que versavam sobre o controle social via Conselhos e Conferências. A autora refere ainda que no mesmo ano, através das lutas das entidades de representação social, da sociedade civil e dos movimentos sociais, é reapresentado o texto que continham a participação popular e o financiamento, outro tema vetado, dando origem à Lei de nº 8.142/90. Esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde, e II - o Conselho de Saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Descentralizando e democratizando o conhecimento” ocorreu de 9 a 14 agosto de 1992. Como determinações foram apresentadas: a necessidade de fazer com que o governo cumprisse as legislações para consolidação do SUS, e a necessidade de descentralizar e repassar os recursos do governo federal para as esferas governamentais. Teve como fundamento a reação da sociedade civil contra os preceitos do neoliberalismo. No campo da saúde mental, a política neoliberal responsabiliza a família e retira da responsabilidade do Estado os cuidados e a prestação da assistência aos PTM, reduzindo os serviços públicos.

De 01 a 04 de dezembro de 1992 aconteceu, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial/direitos à cidadania”. Contou com a participação de milhares de usuários, familiares e profissionais. Nesta foram aprofundados os debates e as propostas aprovadas na I Conferência, reforçando a necessidade de integralidade das ações em saúde; maior controle social; vinculação entre qualidade de vida, saúde e condições de reprodução social; implementação da municipalização da assistência e substituição das estruturas asilares por serviços de base comunitária. Também se defendeu neste espaço as estratégias de desospitalização do PTM; requalificação dos recursos; ações multiprofissionais e construção de uma nova cultura assistencial, que respeitasse as individualidades do PTM. A Reforma

teve seus princípios reafirmados e renovados com base no processo de desinstitucionalização e na luta antimanicomial.

Após 12 anos de tramitação no Congresso, em 2001, foi aprovada a Lei 10.216 (Lei 3.657/89 com modificações em seu texto), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disto, prevê uma rede diversificada e substitutiva ao hospital, constituída pela atenção básica, programas de saúde mental, CAPS, SRT e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A nova visão da psiquiatria não admite o hospital psiquiátrico como centro de tratamento da doença mental, apenas como parte do tratamento, sendo acionado para compensação dos surtos psicóticos.

A atual PNSM opera com um modelo de atenção psicossocial. O objetivo maior da Reforma Psiquiátrica brasileira não se reduziu ao objetivo de tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a ‘loucura’, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade. Trata-se de um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania como princípios para a transformação da assistência. O movimento de Reforma Psiquiátrica faz a crítica ao modelo hospitalocentrico, dando ênfase ao atendimento comunitário extra-hospitalar, onde a base dos serviços está situada na comunidade, e a construção de uma rede de serviços substitutivos organizados. Nesta, o PTM tem apoio para continuar o tratamento em sua casa, ficando o hospital psiquiátrico para momentos de crise.

Logo, a Reforma preconiza o fim do modelo hospitalocentrico de atenção à saúde mental baseado nos mecanismos de exclusão, isolamento e culpabilização do indivíduo e da família, em favor de um modelo de atenção integral à saúde mental cujas premissas estão centradas no envolvimento familiar e social e no processo de reabilitação psicossocial do PTM: “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença, é hora de colocarmos a doença entre parênteses e nos preocuparmos com o Homem” (BASAGLIA, apud SPRICIGO, 2001, p.). Nesse sentido, há o rompimento com as práticas ancoradas somente na administração de psicofarmacos e de psicoterapias, sendo os PTM compreendidos em sua totalidade, considerados como sujeitos de direitos, possuidores de identidade, desejos e aspirações e com possibilidades de participar da vida na sociedade e da conquista de seus direitos. Impõe-se, com isso, a necessidade de se garantir a emancipação, ampliação e reinserção dos PTM na sociedade; colocar a doença entre parênteses, negar o que

está posto e construir novas alternativas, através da transformação dos serviços prestados, no sentido de promover o cuidado.

Com a Reforma Psiquiátrica, as estruturas hospitalares de internação são substituídas pelos variados espaços de assistência presentes na comunidade, espaços estes que integram a vida do PTM. Ficando a internação como um recurso a ser utilizado quando se esgotam os recursos extra-hospitalares.

### **2.3 Rede extra-hospitalar**

A Lei 10.216<sup>4</sup> de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disto, prevê uma rede diversificada e substitutiva ao hospital, pois a nova visão da psiquiatria não admite o hospital psiquiátrico como centro de tratamento da doença mental, apenas como parte do tratamento, sendo acionado para compensação dos surtos psicóticos. Essa rede é constituída pela atenção básica, CAPS, SRT e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Nascimento (2007) classifica a rede como sendo uma organização que conecta indivíduos e coletividades, e se sustenta por meio de relações de confiança e cooperação.

A rede deve ser maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município define-se como um conjunto de ações e serviços de saúde através da articulação das instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Desse modo, a rede de atenção à saúde mental é entendida como de base comunitária.

Para constituição da rede é necessário entender o conceito de territorialização, esse conhecimento proporciona a identificação da população e o planejamento local de ações de saúde. A concepção do território nos faz compreender a dinâmica da sociedade, bem como sua produção e reprodução em relação ao trabalho, à moradia, à alimentação, ao lazer, às relações sociais, ao acesso aos serviços de saúde, reconhecendo as condições de vida e a situação de saúde da população de uma área de abrangência. Territorialização diz respeito aos aspectos culturais que vão além da área geográfica, se institui como espaço de articulação entre as pessoas, as instituições e os serviços presentes na comunidade. Estes atores constroem soluções através das trocas de saberes, potencializando os recursos presentes na comunidade. É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias.

---

<sup>4</sup> A Lei 10.216/2001 é a reformulação do já citado projeto de Lei 3.657, apresentado pelo deputado Paulo delgado em outubro de 1989.



A constituição da rede é possível através do processo de não hierarquização dos serviços, a fim de construir coletivamente respostas, segundo as necessidades dos usuários, viabilizadas por serviços institucionais que prevêm ações coletivas. O projeto de desinstitucionalização passa aos serviços territoriais a responsabilidade pela saúde mental da comunidade, tentando transformar a visão do hospital como o centro do tratamento, que ainda existe e faz parte da sociedade.

O processo de desinstitucionalização é caracterizado basicamente por três aspectos: a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objeto na relação com a instituição e a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio. (SPRICIGO, 2001, p. 100).

O processo de desinstitucionalizar o PTM constitui-se como uma progressiva substituição dos leitos hospitalares nos hospitais psiquiátricos, fazendo com que as pessoas que estão há anos institucionalizadas voltem para a sociedade e participem de suas atividades.

A desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos [...]. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50).

Para tanto, é necessário a implementação de redes de atenção que substitua o trabalho feito pelo hospital psiquiátrico. Isso pressupõe, além de tudo, transformações culturais na própria sociedade.

Constituem a rede de atenção básica: os CAPS, responsáveis pela interlocução entre a rede, os SRT, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os Centros de Convivência e Cultura. Essa rede de cuidados é parte estruturante da atenção básica e fundamental ao atendimento do PTM. De acordo com o Caderno HumanizaSUS (2010), a atenção básica é fundamental para ampliação e reorganização da efetividade dos sistemas de saúde. A atenção básica se caracteriza como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (PORTARIA n° 648/GM/2006).

Estabelece, ainda, que a equipe multiprofissional deve estar vinculada ao território onde a população será atendida. A Estratégia Saúde da Família<sup>5</sup> (ESF) foi implantada em 2006, passando a fazer parte da atenção básica, constituindo-se como um novo modelo, que acolhe e trata o PTM na vida diária e em seu espaço comunitário. A unidade básica de saúde é fundamental para esse acompanhamento. Para tanto, as equipes de atenção básica necessitam de apoio técnico a fim de viabilizar suas ações, isto é possível através do apoio matricial. Este se constitui através do compartilhamento dos casos com as equipes de saúde mental com vistas à criação e ampliação de estratégias que dêem conta das demandas que se apresentam nos serviços, ou seja, prevê a interlocução entre os equipamentos de saúde mental. “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência”. (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituído pela Portaria GM n° 154/2008, tem como objetivo ampliar a abrangência das ações de atenção básica e apoiar a Estratégia Saúde da Família. A Portaria GM n° 154/2008 estabelece que:

Art. 2° [...] os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidades das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

---

<sup>5</sup> Implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, em 2006 através da Portaria 648/ GM/2006 passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família. (Cadernos HumanizaSUS/2010).

Tem como finalidade a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários, tornando-se mais um aliado na promoção e proteção da saúde dentro da comunidade. Logo, as equipes de saúde da família constituem-se como dispositivos fundamentais, principalmente em municípios pequenos onde não existe a viabilidade de implantação dos CAPS (menos de 20.000 habitantes), como forma de acompanhamento dos casos mais e menos graves, com o cuidado constante.

Os CAPS são serviços municipais, abertos, da maior importância no interior da nova política e responsáveis pelo acompanhamento ambulatorial do paciente, visando à promoção da sua reinserção social. Acolhem e prestam atendimento ao PTM, procurando, através do fortalecimento dos vínculos, uma maior inserção do indivíduo na sociedade. As atividades desenvolvidas primam pelo protagonismo do usuário, através de ações intersetoriais, como a possibilidade de acesso ao trabalho e ao lazer.

A tabela a seguir, nos aponta a cobertura dos CAPS nos estados brasileiros, segundo o Ministério da Saúde (2007). Até o ano de 2007 totalizavam 1123 serviços distribuídos em todos os estados do país. Como parâmetros para análise serão utilizados:

- Cobertura muito boa (acima de 0,70)
- Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69)
- Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
- Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
- Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Tabela 1 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF (agosto de 2007)

<b>UF</b>	<b>População</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPSad</b>	<b>Total de CAPS</b>	<b>CAPS por 100.000/hab. Ponderado</b>
<b>PB</b>	3.623.215	23	8	2	3	5	41	0,84
<b>SE</b>	2.000.738	15	3	2	1	2	23	0,82
<b>RS</b>	10.845.087	50	31	1	10	13	105	0,74
<b>AL</b>	3.050.652	30	5	0	1	1	37	0,72
<b>MT</b>	2.803.274	21	2	0	2	5	30	0,70
<b>CE</b>	8.217.085	26	25	2	3	12	68	0,68
<b>SC</b>	5.866.568	32	13	0	5	5	55	0,66
<b>RN</b>	3.043.760	8	9	0	2	4	23	0,62
<b>PR</b>	10.261.856	26	23	2	6	14	71	0,57
<b>PI</b>	3.036.290	17	4	0	1	3	25	0,54
<b>BA</b>	13.950.146	67	23	2	4	7	103	0,51
<b>RO</b>	1.562.417	7	4	0	0	0	11	0,48
<b>MG</b>	19.479.356	51	42	8	6	6	113	0,47
<b>MA</b>	6.184.538	23	11	1	2	2	39	0,45
<b>MS</b>	2.264.468	6	4	0	1	2	13	0,44
<b>RJ</b>	15.383.407	27	33	0	9	10	79	0,43
<b>SP</b>	40.442.795	43	57	15	21	42	178	0,41
<b>ES</b>	3.408.365	5	7	0	0	3	15	0,37
<b>PE</b>	8.502.603	8	14	1	3	7	33	0,35
<b>AP</b>	615.715	0	0	0	0	2	2	0,32
<b>GO</b>	5.619.917	7	9	0	1	3	20	0,29
<b>AC</b>	686.652	0	1	0	0	1	2	0,29
<b>PA</b>	7.110.465	11	10	1	1	2	25	0,28
<b>TO</b>	1.332.441	3	2	0	0	0	5	0,26

Fonte: Ministério da Saúde (2007)

Tabela 4 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF (agosto de 2007) continuação

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de CAPS	CAPS por 100.000/hab. Ponderado
<b>RR</b>	403.344	0	0	0	0	1	1	0,25
<b>DF</b>	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
<b>AM</b>	3.311.026	1	1	1	0	0	3	0,09
<b>Brasil</b>	<b>185.339.288</b>	<b>508</b>	<b>341</b>	<b>38</b>	<b>83</b>	<b>153</b>	<b>1123</b>	<b>0,48</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2007)

De acordo com os parâmetros utilizados, percebemos que alcançaram uma cobertura boa ou muito boa até agosto de 2007 apenas onze estados. Dois dos estados analisados apresentaram cobertura ruim ou crítica. Com vistas à complementação da análise, expomos a seguir a classificação dos CAPS.

Portaria/GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece diretrizes de funcionamento para os CAPS. Estes passam a ser categorizados pelo porte e pela clientela atendida, recebendo a denominação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

- CAPS I: instalados em municípios com uma população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes, têm uma equipe mínima de 9 pessoas, dentre profissionais de nível médio e superior. Funcionam no período das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, com capacidade para o acompanhamento de cerca de 30 pacientes por dia. Realiza as seguintes atividades: atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, refeições, atendimento à família e atividades comunitárias, que visam a integração do paciente na comunidade.

- CAPS II: instalados para atender os municípios com uma população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes, possui uma equipe mínima de 12 pessoas, dentre profissionais de nível médio, técnico e superior. Funcionam no período das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até

as 21h00min, com capacidade para o acompanhamento de cerca de 30 pacientes por turno. Realiza as seguintes atividades: atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, refeições, atendimento à família e atividades comunitárias, que visam à integração do paciente na comunidade.

- CAPS III: com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 mil habitantes, tem uma equipe mínima de 16 pessoas, dentre profissionais de nível médio, técnico e superior. Constitui-se como serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, com capacidade para o acompanhamento de cerca de 40 pacientes por turno. Realiza as seguintes atividades: atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, que visam à integração do paciente na comunidade, acolhimento noturno (nos feriados e nos fins de semana), oferecendo refeições aos pacientes. estes tem um tempo de permanência noturna de 7 dias consecutivos e 10 dias intercalados em um período de 30 dias.

- CAPSi: atende crianças e adolescentes, constituindo-se como referência para uma população de 200.000 mil habitantes. Têm uma equipe mínima de 11 pessoas dentre profissionais de nível médio e superior. Funcionam no período das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21h00min, com capacidade para o acompanhamento de cerca de 15 pacientes por turno. Presta as seguintes atividades: atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, refeições, atendimento à família e atividades comunitárias, enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola e na comunidade.

- CAPSad: atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade para atendimento em municípios

com população superior a 70.000 mil habitantes. Têm uma equipe mínima de 13 pessoas dentre profissionais de nível médio e superior. Funcionam no período das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21h00min, com capacidade para o acompanhamento de cerca de 25 pacientes por turno. Presta as seguintes atividades: atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, refeições e atendimento de desintoxicação.

Além disto, o hospital dia, instituído pela Portaria 224 de 1994, constitui-se como parte integrante da rede. É um recurso que visa substituir a internação integral, presta o atendimento intermediário entre a internação e o ambulatório e desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos, composto por equipe multiprofissional. Tem como proposta o desenvolvimento de atividades diversificadas nos cinco dias úteis da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente. Deve, ainda, contar com salas para trabalhos em grupo, sala de refeições, área externa para atividades e leitos para repouso eventual.

Consiste em um serviço regionalizado e integrado a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental, que prevê atividades comunitárias. Estas visam à integração do paciente à sociedade, sendo viabilizadas aos PTM por abordagens individual, grupal e familiar. Deve ainda oferecer refeições diárias e ter uma equipe de no mínimo 1 médico, 4 profissionais de nível superior, e profissionais de nível médio para desenvolver as atividades.

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais se constituem como parte integrante da rede de serviços. De acordo com a Portaria/SNAS nº 224/92:

O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

Ainda de acordo com a Portaria/SNAS nº 224/92, são serviços regionalizados que atendem a população de sua área de abrangência. O número de leitos se restringe a 10% da

capacidade do hospital, não devendo ultrapassar 30 leitos. Devem funcionar 24 horas, com o objetivo de evitar a internação hospitalar. Contam com o apoio de equipe multiprofissional composta de 1 médico psiquiatra ou clínico, 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional), 1 enfermeiro e profissionais de nível médio para desenvolver as atividades. Sua estrutura prevê salas para desenvolvimento de atividades, tais como: atendimento individual e/ou grupal; avaliação médica, psicológica, social e atendimento (orientações e esclarecimentos sobre o diagnóstico) à família. Ademais, após internação hospitalar, o paciente deve ser encaminhado a um serviço extra-hospitalar em sua comunidade para que continue o tratamento. Para explicitar o número de hospitais gerais e seus respectivos leitos psiquiátricos nos Estados do Brasil, utilizamos a seguinte tabela:

Tabela 2 – Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais por UF (março de 2007)

<b>Região/UF</b>	<b>Hospitais Gerais</b>	<b>Leitos psiquiatria</b>
<b>Região Norte</b>	<b>25</b>	<b>143</b>
Acre	15	29
Amapá	1	16
Amazonas	-	-
Pará	3	54
Rondônia	1	35
Roraima	-	-
Tocantins	5	9
<b>Região Nordeste</b>	<b>22</b>	<b>228</b>
Alagoas	-	-
Bahia	6	106
Ceará	7	29
Maranhão	-	-
Paraíba	1	1
Pernambuco	3	50
Piauí	2	19
Rio Grande do Norte	2	7
Sergipe	1	16



<b>Região Sudeste</b>	<b>129</b>	<b>848</b>
Espírito Santo	5	31
Minas Gerais	24	200
Rio de Janeiro	58	177
São Paulo	42	440

Fonte: Ministério da Saúde (2007).

Tabela 2 – Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais por UF (março de 2007) continuação.

<b>Região/UF</b>	<b>Hospitais Gerais</b>	<b>Leitos psiquiatria</b>
<b>Região Sul</b>	<b>166</b>	<b>973</b>
Paraná	9	82
Rio Grande do Sul	114	597
Santa Catarina	43	294
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>25</b>	<b>200</b>
Distrito Federal	2	34
Goiás	6	70
Mato Grosso	2	2
Mato Grosso do Sul	15	94
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>2.392</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), existem em funcionamento 2.392 (dois mil e trezentos e noventa e dois) leitos em hospitais gerais. Apesar de a PNSM objetivar a substituição dos hospitais psiquiátricos, o que percebemos é o número reduzido de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Concomitante a essa situação, o número de internações psiquiátricas nestes hospitais é pequeno, aliado a isto, há um reduzido cadastro de leitos psiquiátricos pelo SUS, inexistência de projetos terapêuticos e falta de capacitação profissional dentro dos hospitais. Devido a estes apontamentos, tais serviços requerem atenção dos diferentes níveis de governo pela dificuldade de sua implementação.

Os SRTs, criados nos anos 2000, através da Portaria 106 do Ministério da Saúde, são definidos como sendo moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade. Estas são destinadas a abrigar os PTM egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e/ou laços familiares que viabilizem sua inserção social. Os

SRTs devem ter de um a oito moradores e contar com suporte profissional. Além disto, é necessário o acompanhamento pelo CAPS, ambulatório especializado em saúde mental ou pela equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). (Ministério da Saúde, 2004). Como podemos verificar na tabela a seguir, de acordo com o Ministério da Saúde (2007) até agosto de 2007, havia em funcionamento um total de 479 (quatrocentos e setenta e nove) SRT.

Tabela 3 – Residências Terapêuticas em funcionamento (agosto de 2007)

<b>Região/UF</b>	<b>Em funcionamento</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>73</b>
Alagoas	0
Bahia	19
Ceará	3
Maranhão	3
Paraíba	13
Pernambuco	13
Piauí	3
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	18
<b>Região Sudeste</b>	<b>324</b>
Espírito Santo	5
Minas Gerais	46
Rio de Janeiro	79
São Paulo	194
<b>Região Sul</b>	<b>62</b>
Paraná	21
Rio Grande do Sul	38
Santa Catarina	3
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>20</b>
Distrito Federal	0

Goiás	9
Mato Grosso	10
Mato Grosso do Sul	1
<b>TOTAL</b>	<b>479</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2007)

A Portaria 106 define que:

Art.2.º 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, se deve 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.

As mudanças previstas configuram-se como estratégias de efetivação da Reforma Psiquiátrica e compõem um conjunto de medidas de gestão e financiamento. Estas viabilizam os processos de saída dos usuários, sem vínculo familiar ou com precárias condições de inserção social, dos hospitais psiquiátricos.

O programa “De Volta para Casa”, aprovado através da Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, institui o auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social para egressos de longos períodos de internação psiquiátrica. Associado aos SRTs constituem-se como ferramentas fundamentais para o processo de desinstitucionalização, já que a maioria dos internos dos hospitais psiquiátricos não tem condições de voltar para a vida comunitária sem um suporte, pois, quase sempre, necessitam de cuidados contínuos. O programa garante o acesso a um benefício cujo valor é de R\$ 240,00 reais, pagos mensal e diretamente aos beneficiários ou ao curador, no caso de interdição judicial<sup>6</sup>. O benefício é concedido durante o período de um ano, podendo ser renovado por igual período caso seja necessário para reintegração do beneficiário.

<sup>6</sup> No Art. 1.767 e seguintes do Código Civil (2002) encontra-se a definição de pedido de interdição cumulado com pedido de nomeação de curatela: trata-se de procedimento especial de jurisdição voluntária, com finalidade de apurar o grau de capacidade de cidadão maior de idade com problemas psicofísicos e que, em tese, não se

De acordo com a Lei 10.708/2003, para ser beneficiário do programa é necessário: I) ser egresso de internação psiquiátrica, por um período igual ou superior a dois anos; II) a situação clínica e social do paciente não justificar a permanência em ambiente hospitalar, e indicar tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reabilitação social, além de necessidade de auxílio financeiro; III) o consentimento do paciente ou de seu representante legal para ser inserido no programa; IV) garantia pelo representante legal que o beneficiário terá acesso à atenção continuada em saúde mental, prestada pela rede de atendimento local.

Os Centros de Convivência e Cultura são serviços públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental. Constituem-se como espaços de convívio que facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, por fazer parte não apenas do campo da saúde, mas principalmente do campo da cultura.

Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. Assim, a clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, mas não exclusivamente, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho dos Centros. (BRASIL, 2005).

Os Centros oferecem às pessoas com transtornos mentais uma articulação com a vida cotidiana e a cultura através de atividades coletivas em espaços de sociabilidade, e funcionam articulados aos serviços que compõe o território, (CAPS e SRTs, por exemplo). O Ministério da Saúde recomenda, ainda, que a criação dos Centros aconteça em municípios com população de mais de 200.000 mil pessoas. No entanto, o que percebemos na tabela a seguir é um número reduzido de Centros de Convivência e Cultura no Brasil.

Tabela 4 – Centros de Convivência e Cultura (maio de 2007).

UF	Município	Centros de Convivência e Cultura
MG	Belo Horizonte	9
MG	Betim	1

encontra capacitado para gerir as questões referentes à sua vida. A decisão sobre a capacidade do cidadão e sua limitação compete ao juiz, com o auxílio de um perito da área médica.

MG	Juiz de Fora	1
RJ	Rio de Janeiro	1
SP	Campinas	3
SP	São Paulo	21
<b>Total</b>		<b>36</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2007).

Outrossim, os programas de geração de renda se constituem como uma importante articulação no processo de desinstitucionalização. Propõem, através do trabalho, aumentar a autonomia e a cidadania<sup>7</sup> dos PTM, cujas experiências com a geração de renda servem para uma melhor reinserção social. Logo, o PTM poderá se reconhecer como cidadão que trabalha e que faz parte da sociedade.

A Portaria n° 1.169/GM, instituída em 7 de julho de 2005, regulamenta que os municípios que desenvolvem projetos de inclusão social pelo trabalho receberão apoio financeiro. Para tanto, de acordo com seu Art. 2º, estabelece como necessários os seguintes critérios:

- I - possuir rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária e territorial (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios e outros serviços);
- II - ter habilitação prévia no Programa De Volta para Casa; e
- III - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho - CIST, elaborado e acompanhado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária.

A inserção do PTM em projetos de geração de renda tem como objetivo buscar salientar o “lado saudável” de cada um através do acesso as atividades laborativas. Possibilita ao PTM o desenvolvimento de sua capacidade crítica de lidar com o grupo de trabalho ou de gerenciar seu dinheiro, por exemplo.

Tal transição está sendo possível graças aos mecanismos de fiscalização instituídos, tais como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/

<sup>7</sup> “A cidadania é construída no plano social e político. É luta e processo de incorporação de novas categorias aos direitos já existentes. A cidadania, então, é mutável, apropriável e sofre transformação. Neste sentido, a luta pela cidadania do PTM se inscreve na luta pelo direito das minorias, mas não só isso, pois, além dos clássicos direitos civis, políticos e sociais, postula-se a invenção de uma cidadania especial, que abarque a dimensão da subjetividade e da desrazão” (VASCONCELOS, 1997 apud ROSA, 2001, p. 332).

Psiquiatria<sup>8</sup> (PNAHS/ Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica<sup>9</sup> no SUS (PRH). Como forma de garantir a substituição da assistência hospitalar, os municípios devem constituir uma rede de serviços que garanta o apoio ao usuário nos diversos momentos de sua vida, para desse modo aderir-lo à dinâmica comunitária.

Neste desenho assistencial, a família é mais um dos agentes fundamentais da ação do cuidado, e trazê-la, assim como o usuário, para a participação na construção do projeto terapêutico torna-se ação primeira. Logo, restabelecer a vinculação familiar e comunitária é uma das orientações da Reforma Psiquiátrica, no sentido de possibilitar que os PTM tornem-se também sujeitos de suas histórias. Entretanto, “Na dinâmica dessas relações os reflexos da reforma psiquiátrica sobre o cuidado do doente mental na família revelam dificuldades de ordem emocional, social, relacional, econômica e materiais” (GONÇALVEZ; SENA, 2001, p 52). Por isso, é necessário um trabalho constante com a família, já que ela se torna responsável pelos cuidados. As autoras pontuam que simplesmente devolver o portador de transtorno à família não se constitui como processo de desinstitucionalização, é preciso conhecer suas necessidades e suas condições em receber o PTM.

A família é vista como espaço de proteção e desenvolvimento dos seus membros como afirma Nascimento (2006, p. 2):

É na família que os indivíduos se relacionam e trocam experiências, visto que ela é, ao mesmo tempo, um espaço de conflito cooperativo e um espaço determinante de bem-estar através da distribuição de recursos, passando muitas vezes a refletir diretamente dúvidas, aspirações e questões pessoais”. Cuidar de um membro com transtorno mental implica estar em contato com

---

<sup>8</sup> Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002). Este Programa realiza vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. Os resultados dos processos avaliativos indicam os hospitais que apresentam sérios problemas na qualidade de assistência. Os problemas mais comuns referem-se ao projeto terapêutico dos pacientes e da instituição, aos aspectos gerais da assistência (longo tempo de permanência, número alto de pacientes longamente internados) e aos aspectos gerais dos pacientes (limpeza, calçados e roupas, entre outros). Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população. ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31354](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354)).

<sup>9</sup> Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) – PT GM 52, de 20 de janeiro de 2004 - A principal estratégia deste Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais e hospitais de grande porte. Assim, são componentes fundamentais do programa a redução do peso assistencial dos hospitais de maior porte, que tendem a apresentar assistência de baixa ou péssima qualidade, e a pactuação entre os gestores do SUS, os hospitais e as instâncias de controle social, da redução planejada de leitos, evitando a desassistência. ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31354](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354)).

preconceitos, medos e falta de informações, o transtorno transforma o cotidiano da família.

No interior da família se constituem as relações e as transformações. Ela é responsável pela socialização de seus membros em sociedade, tem a função de cuidadora, constituindo-se como basilar no processo de tratamento, pois conhece as vivências do PTM e suas dificuldades de relacionamento, inclusive com a sociedade. De acordo com Rosa (2008, p. 18):

Os novos serviços de saúde mental têm, portanto, um potencial enorme de estabelecer uma parceria com as famílias, dividindo com elas o tempo e a responsabilidade de cuidar, de ajudá-las na elaboração das dificuldades e processos subjetivos associados, bem como de poder estimulá-las a construir dispositivos de ajuda e suporte mútuos, de defesa dos direitos, de luta contra a discriminação em relação a loucura, e de militância nas esferas de gestão das políticas de saúde mental, como por exemplo, por meio de associações familiares.

A autora (2001, p. 346) nos aponta ainda que defender o cuidado do PTM apenas no interior da família pode ocasionar na apropriação dos conceitos neoliberais, onde o Estado se exime da responsabilidade do cuidado e da assistência. Portanto, devemos perceber a família como parceira essencial no cuidado do portador de transtorno mental, devendo ser considerada parte fundamental no processo de desinstitucionalização, mas não única.

### 3. Saúde mental e atenção psicossocial: o que traz a produção bibliográfica.

*O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder aos outros.*

(Paulo Freire, 2005).

A assistência psiquiátrica nos moldes da Reforma Psiquiátrica ainda não se consolidou no Brasil. Os serviços extra-hospitalares não respondem a contento e as críticas ao modelo proposto são cada vez mais frequentes. Considerando tais afirmações oriundas do levantamento bibliográfico apresentado no primeiro capítulo, analisamos a produção teórica sobre o tema, segundo as categorias: Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, serviços de apoio, redes de apoio e assistência ao PTM, através dos núcleos de sentido identificados com o processo de categorização dos artigos. Para tanto, o capítulo foi dividido em dois momentos: no primeiro, apresentamos o percurso metodológico e, no segundo, os temas e núcleos de sentido que compuseram a análise dos dados.

#### 3.1 Percurso Metodológico

A natureza da presente pesquisa é bibliográfica, e compreendeu os artigos em português dos periódicos: Cadernos de Saúde Pública<sup>10</sup> e Revista de Saúde Pública<sup>11</sup>. Estes periódicos foram escolhidos por serem indexados como Qualis<sup>12</sup> A, de representatividade nacional e internacional. A divulgação dos critérios utilizados para a classificação dos periódicos é o WebQualis. Este permite consulta ao Qualis das diferentes áreas. Os artigos

<sup>10</sup> Cadernos de Saúde Pública: publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. É publicado desde 1985 pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Já foi publicada trimestral e bimestralmente, desde 2006 a revista é mensal. (<http://www.scielo.br/revistas/csp/paboutj.htm>).

<sup>11</sup> Criada em 1967, a Revista de Saúde Pública é publicada bimestralmente sob a responsabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É uma revista inter e multidisciplinar, arbitrada e aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Sua missão é publicar e disseminar produtos do trabalho científico que sejam relevantes para a Saúde Pública. (<http://www.scielo.br/revistas/rsp/paboutj.htm>).

<sup>12</sup> Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Tal processo foi concebido para atender as necessidades específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas por meio do aplicativo Coleta de Dados. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da sua produção. (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>).



podem ter a seguinte classificação - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero. A qualidade dos artigos e de outros tipos de produção é analisada a partir da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, dos periódicos científicos.

Considerando o recorte do objeto de estudo, utilizamos, no primeiro momento, os seguintes descritores para levantamento de dados nos Cadernos Saúde Pública e Revista de Saúde Pública: desinstitucionalização e serviços de apoio. Com estas palavras-chave, encontramos cinco textos, sendo dois em inglês. Na tentativa de ampliar o *corpus*, incluímos mais três descritores: Reforma Psiquiátrica, rede de apoio e assistência ao portador de transtorno mental, com os quais foram localizados mais dois textos, sendo que um já havia sido encontrado no primeiro momento da pesquisa. Neste quadro de referências foram encontrados no total seis textos, dentre estes, dois em inglês, que foram descartados.

A técnica de análise utilizada foi a de conteúdo, na modalidade temática, segundo preconizada por Bardin (1995), que prevê a identificação dos “feixes de sentido” presentes nos núcleos temáticos, oriundos do processo de categorização (tema) dos textos que compõem o *corpus*. O primeiro processo compreende a leitura flutuante; trata-se de um primeiro contato com o texto onde nos aproximamos das principais idéias contidas no artigo. Logo depois, realizamos uma leitura vertical, através do processo de categorização, ou seja, codificando o texto e identificando os núcleos de sentido. A categorização pode ser feita por meio de uma palavra, frase ou tema. Em seguida, fizemos a leitura horizontal, pela qual é possível identificar quais os sentidos contidos nos núcleos temáticos construídos a partir da codificação dos textos.

A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto. (BARDIN, 1995, p. 129).

Por fim, foi realizada a interpretação dos núcleos de sentido, percebendo o ponto de vista dos autores, fazendo um contraponto com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica e com o que efetivamente se está escrevendo sobre o assunto. Os núcleos temáticos e seus respectivos sentidos são apresentados no item a seguir.

### **3.2 Produções teóricas acerca dos preceitos da Reforma Psiquiátrica**

Através da análise dos textos, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: hospitalocentrismo, financiamento, desinstitucionalização, rede extra-hospitalar, modelo assistencial, “tecnificação da loucura”, visão da doença, acesso, institucionalização, cidadania, interdisciplinaridade e formação. Os sentidos levantados através da análise dos textos revelam a efetivação de poucas transformações coerentes com as propostas da Reforma. Foram encontrados conflitos na forma de tratar o PTM, na efetivação da desinstitucionalização e na prática que ainda está voltada para a institucionalização da doença. Tais aspectos estão associados também às dificuldades apresentadas em relação ao financiamento do setor e a falta de políticas públicas que dêem conta da demanda por saúde mental.

Analisando o *corpus*, o que mais se destacou foi a questão do **hospitalocentrismo**, definido como uma prática de internação constante em hospitais psiquiátricos e tendo o modelo médico como referência. Os textos (Lacman<sup>13</sup>, 1997; Freitas<sup>14</sup>, 1998 e Antunes<sup>15</sup>; Queiroz<sup>16</sup>, 2007) apontam os altos índices de internação e a prática médica como centro do tratamento, sugerindo o hospitalocentrismo como um paradigma difícil de ser superado. Apesar de não ter como proposta a prática terapêutica com os internos, o hospital é tido como o centro da atenção psiquiátrica. Os já referidos autores reconhecem a hegemonia do hospital psiquiátrico

---

<sup>13</sup> Selma Lacman: possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (1978), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (1988), doutorado em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (1995); pós-doutorado em psicologia do trabalho no Conservatoire National des Arts et Metiers - CNAM (2000) e pós doutorado em terapia ocupacional na Université de Montreal, Canada, 2007. Atualmente é professor titular do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e chefe do mesmo Departamento. É secretária geral da Associação Internacional de Psicodinâmica do Trabalho (AIPPT). (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=A1C6CE17681034EB01F80666F4E27FB0.node4>).

<sup>14</sup> Fernando Ferreira Pinto de Freitas: possui graduação em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978), especialização em psiquiatria social pela Escola Nacional de Saúde Pública (1982), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1982) e doutorado em Psicologia - Université Catholique de Louvain (1994) - Bélgica. Atualmente é professor/pesquisador da Fiocruz - “Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (LAPS)-, e professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Clínica/Instituto de Psicologia, e coordenador do Prodeplan/Niesc/Uerj. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>).

<sup>15</sup> Nenhum resultado foi encontrado no currículo Lattes para: Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes. Marcos de Souza Queiroz: possui graduação em Ciências Sociais (área concentração Antropologia) pela Universidade Estadual de Campinas (1975), realizei meu mestrado na área de Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (1978) e concluí meu doutorado (Ph D) em Sociologia pela Universidade de Manchester, Inglaterra, (1982). Atualmente, sou pesquisador do Centro de Memória da Unicamp e professor do programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem, FCM, Unicamp. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>).

<sup>16</sup> Marcos de Souza Queiroz: possui graduação em Ciências Sociais (área concentração Antropologia) pela Universidade Estadual de Campinas (1975), realizei meu mestrado na área de Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (1978) e concluí meu doutorado (Ph D) em Sociologia pela Universidade de Manchester, Inglaterra, (1982). Atualmente, sou pesquisador do Centro de Memória da Unicamp e professor do programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem, FCM, Unicamp. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>).

como centro de tratamento, apesar dele não oferecer o suporte necessário que o PTM necessita, afirmando que a perspectiva da exclusão e do asilamento não foram superadas. A realidade é que, apesar da Reforma, o hospital permanece o centro do tratamento em saúde mental.

Em todos os locais pesquisados, uma quase ausência de altas, um excessivo tempo de utilização dos serviços e um elevado número de internações e reinternações. (LACMAN, 1997, p. 8)

O papel do hospital psiquiátrico permanece hegemônico no sistema psiquiátrico brasileiro. Conseqüentemente, são escassos os serviços que promovem a reabilitação psicossocial da clientela, na maioria das vezes restritos ao âmbito do hospital psiquiátrico. (FREITAS, 1998, p.3)

Como principal obstáculo ao avanço da reforma psiquiátrica no contexto da nossa pesquisa encontra-se a perspectiva biologicista e hospitalocêntrica do paradigma mecanicista anteriormente hegemônico na área de saúde mental. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 10)

Cabe destacar o pensamento de Lacman (1997) ao discorrer, de modo particular, sobre a falência do modelo centrado no hospital e na necessidade de criação de serviços que o substituam. Ao mesmo tempo em que o autor percebe em seus estudos a falta de eficácia dos hospitais psiquiátricos e do modelo de cronificação, devido às internações constantes, coloca em questionamento a qualidade dos serviços que os substituem. Para tanto, é necessário criar estratégias para a efetivação dos serviços que visam à substituição do modelo asilar, sobretudo nos municípios com grande concentração de leitos em hospitais psiquiátricos, pois a exemplo do que nos apregoa Lacman:

A existência de hospitais psiquiátricos em determinadas cidades e o tipo de convivência estabelecida entre o hospital e a comunidade [...] refletir-se num aumento da demanda psiquiátrica, verificada através de maior freqüência de internações e de consultas ambulatoriais”. (LACMAN, 1997, p. 2).

Cito o referido autor, mas a prática do hospital como centro da atenção é partilhada também por Freitas (1998) e Antunes e Queiroz (2007). Os estudos apontam que o hospital continua sendo o centro de referência quando o assunto é transtorno mental, mas há também um processo de construção de serviços de base comunitária, que se propõe a desinstitucionalizar as pessoas longamente internadas.

Outro núcleo temático identificado e diretamente associado à idéia do **hospitalocentrismo** é o **financiamento**. Este núcleo demonstra e dá visibilidade ao repasse de verbas ao novo modelo assistencial, ou melhor, a falta de financiamento para os novos serviços. “Apenas 10% desse montante são atribuídos a gastos com o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica” (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 3). O financiamento dos serviços não segue o que está proposto na Reforma, e os maiores gastos com a saúde mental estão sendo alocados nos hospitais psiquiátricos ao invés de serem destinados aos serviços substitutivos. Desse modo, a assistência ao PTM permanece assentada na idéia da institucionalização e cronificação da “loucura”. Segundo os autores (Lacman, 1997; Antunes; Queiroz, 2007), essa falta de financiamento resulta em uma não construção de serviços que substituem o hospital.

Os estudos de Amarante<sup>17</sup> (1995) e Antunes e Queiroz (2007) tratam a **desinstitucionalização**, apresentada aqui como núcleo temático, não como mero processo de desospitalização. O modelo da desinstitucionalização além de retirar da responsabilidade do hospital o cuidado com o PTM, visa à criação de uma rede de serviços de apoio em todos os momentos da vida do paciente. Envolve um novo olhar sobre o processo de saúde-doença, repensando os conceitos que segregam, excluem e discriminam. Tal visão considera os aspectos subjetivos, sociais e culturais no qual o PTM se encontra, sendo necessário antes de transformar a instituição hospitalar, criar alternativas substitutivas dentro do espaço da comunidade.

Para tanto, é necessário que a comunidade possua meios de acolher o PTM, reconstruindo os vínculos perdidos com a internação de longa duração. Isso acontece quando os pré-conceitos em torno da capacidade do indivíduo de viver em sociedade são superados, sendo possível através da ampla participação de todos os segmentos: a população, família, amigos, profissionais e PTM. Os autores (Amarante, 1995; Antunes; Queiroz, 2007) nos mostram que quando há o tratamento na comunidade, os resultados do processo terapêutico são mais visíveis e a reinserção realmente acontece. Portanto, percebemos como necessário que a família e a comunidade estejam preparadas para conviver com o PTM e suas singularidades.

---

<sup>17</sup> Paulo Duarte de Carvalho Amarante: possui graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (1976), Especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1978), Mestrado em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (1982) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994). Tem título de especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Atualmente é professor/pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz, líder do Grupo de Pesquisas & quot; Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial & quot; e coordenador do Projeto Loucos pela Diversidade, do convênio entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde por meio da Fiocruz. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>).

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos [...]. Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. (AMARANTE, 1995, p. 3)

Verificamos, nesse sentido, uma unanimidade, entre os profissionais entrevistados, na avaliação de que os pacientes tratados a partir do processo de desospitalização têm sido amplamente beneficiados em relação aos pacientes tratados na forma hospitalar tradicional. (ANTUNES e QUEIROZ, 2007, p. 10)

A desinstitucionalização é, portanto, uma progressiva substituição do modelo assistencial e envolve a mudança dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços qualificada para tratar e inserir o PTM a sua comunidade.

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa de 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e CAPS. (AMARANTE, 1995, p. 2).

Isso pressupõe que as pessoas que estão há anos institucionalizadas voltem para a sociedade e participem de suas atividades, através da reconstrução dos laços familiares e sociais. Percebemos, no entanto, que devido à longa permanência em situação asilar, muitas dessas pessoas tem dificuldades de reatar seus vínculos sociais, suas competências e habilidades para retomar a sua vida fora dos muros hospitalares. Seu retorno é também dificultado por falta de estruturas adequadas que dêem conta de sua reinserção sócio-comunitária.

A família é vista como parte integrante e fundamental para o processo de desinstitucionalização, e, no caso, participa do cotidiano do PTM oferecendo acolhimento, cuidado e o suporte necessário para além dos momentos de crise. Desse modo, há que se desconstruir antigos conceitos de exclusão e asilamento, para que a reinserção do PTM na sociedade seja possível. Logo, de modo geral, a desinstitucionalização é entendida pelos autores como sendo a estrutura fundamental do modelo de atenção e cuidados preconizados pela PNSM.

A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 1995, p. 4)

A desinstitucionalização, portanto, não deve ser confundida com uma simples desospitalização, mas entendida como um conjunto de medidas e procedimentos que implicam uma reorganização de ordem institucional e social, e que remete a construção de uma rede de serviços extra-hospitalar, sendo este categorizado como outro núcleo temático.

Nesse sentido, o núcleo temático **rede extra-hospitalar** pauta como discussão os serviços assistenciais e psicossociais para prática de reabilitação do PTM extra muros hospitalares. Ou seja, dá visibilidade à necessidade de um conjunto de estruturas intermediárias entre a internação e a vida na comunidade para a efetiva implementação da reforma psiquiátrica. Tais estruturas compõem um modelo que se diferencia da atenção realizada dentro do hospital psiquiátrico, e prevê redes integradas, regionalizadas, preconizadas de acordo com os princípios do SUS, que visam à integração do PTM na comunidade. Esse novo desenho de modelo assistencial percebe o contexto onde o PTM se insere para melhor atendê-lo dentro de suas limitações.

A necessidade de criação de novos modelos alternativos e a constituição de uma nova rede de atendimento em saúde mental que pudesse, gradativamente, substituir os hospitais desencadeou a implantação de um conjunto de serviços ambulatoriais e de atenção primária. (LACMAN, 1997, p. 1).

As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática, que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão que o circunda, com intervenções que tem por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 4).

Os textos de Lacman (1998) e Antunes e Queiroz (2007) tratam da criação das redes ao mesmo tempo em que discutem sua insuficiência para atender a demanda que se apresenta. A criação das redes tem por objetivo a substituição do atendimento hospitalar por uma prática mais humanizada; além da redução dos leitos hospitalares, com vistas à diminuição das internações. Tal reorganização

transforma o modelo de assistência 'tradicional' em uma prática abrangente que engloba todos os processos da vida do PTM.

Apesar desta nova perspectiva, o texto de Freitas (1998) nos aponta que embora as mudanças estejam ocorrendo, os PTM tem que se submeter a uma prática de 'medicina mental'. Esta estaria centrada no aspecto clínico da doença, caracterizando-a a partir de uma base orgânica. “Apesar dessas e outras iniciativas, à medida em que elas se reproduzem nos 'quadros de experiência' hospitalares, a clientela permanece sendo assistida segundo os indicadores da medicina mental.” (FREITAS, 1998, p. 3). Uma prática que reduz o diagnóstico aos sintomas apresentados sem perceber o contexto em que o sujeito se insere, uma atuação que não se propõe a entender o processo de adoecimento pelo qual o PTM passa.

Do ponto de vista da saúde mental, percebemos, como indicado pelos autores que compuseram o *corpus*, os diferentes **modelos de assistência** que se constituíram ao longo do tempo. O modelo asilar, que segregava e controlava a ordem social e excluía do convívio o “doente”, o modelo hospitalocentrico, centrado na prática médica, na doença e na culpabilização do indivíduo, e o modelo de desinstitucionalização, preconizado atualmente pela PNSM.

Não englobaram a influência que estas instituições poderiam estar exercendo não somente sobre os internados, mas também sobre a população [...] e a comunidade em geral. (LACMAN, 1997, p. 2). (modelo asilar).

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. (AMARANTE, 1995, p. 1).

Do século XIX até meados do século XX, o manicômio psiquiátrico foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, reconhecendo-se o seqüestro, o isolamento e as práticas coercitivas como um mal necessário. (FREITAS, 1998, p. 5).

Uma percepção de saúde centrada no aspecto biológico da doença, e um desprezo pela política de saúde mental já estruturada em nível federal. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 10).

Além disto, os estudos de Amarante (1995) e Freitas (1998) retratam, além dos aspectos já citados, o modelo capitalista que dificulta ainda mais a implantação da Reforma:

Sabemos que o mundo do confinamento não serviu apenas à ordem política e econômica, que necessitava esquadrihar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social. Serviu também, e nisso o Brasil foi praticamente inigualável, a uma promissora "indústria da loucura". (AMARANTE, 1995, p. 3).

A emergência funciona sobretudo como uma agência de triagem entre os que terão o atendimento ambulatorial, os que serão internados no CPPII, e principalmente os que devem ir pra uma clínica conveniada. [...] 73% dos casos foram transferidos para clínicas conveniadas. (FREITAS, 1998, p. 9).

Amarante (1995) ainda nos aponta a perversidade do sistema quando o assunto é o lucro, pois esta lógica induz a população que não tem conhecimento sobre o assunto a pensar a desinstitucionalização como mero processo de desospitalização.

Alguns destes empresários, movidos pela ameaça que representa a reforma psiquiátrica, [...] vêm aterrorizando familiares, deturpando os princípios da reforma, dizendo-lhes que o que se propõe é o fechamento dos hospícios e a devolução dos internos aos familiares. (AMARANTE, 1995, p. 3).

Nessa perspectiva, instaura-se o modelo de privatização da assistência psiquiátrica, que busca desenfreadamente o lucro e a quantidade em detrimento da saúde da população. Apesar de a Política já ter sido implementada, o modelo assistencial baseado nos parâmetros de exclusão e asilamento ainda não foram totalmente superados. A construção e reconstrução de paradigmas é uma tarefa difícil e lenta. A instituição psiquiátrica hospitalar é o modelo que prevalece em todos os estudos.

Aliado a esta visão, identificamos a **“tecnificação da loucura”** em relação ao universo da saúde mental, caracterizada como outro núcleo temático. Este compreende a centralização da informação sobre os processos de adoecimento por parte dos profissionais, quase sempre representado pelo médico, em detrimento da desinformação sobre o transtorno mental pelo usuário, pela família e pela sociedade. A condição de desconhecimento dificulta a superação dessa prática excludente, materializada igualmente, na socialização das informações contidas nos prontuários, por exemplo.

A precariedade dos registros nos prontuários e fichas, assim como a ausência de estatísticas de produtividade nos serviços dificultaram os estudos e as



comparações, permitindo-nos apontar apenas algumas tendências em relação aos dados por nós estudados. (LACMAN, 1997, p. 8).

Falta de democratização das informações. Se os dados que constam dos prontuários nem mesmo costumam ser lidos pelos companheiros de equipe, o que dizer do acesso da clientela e da população em geral ao que está sendo feito pela instituição, no cotidiano das suas prestações de serviço. (FREITAS, 1998, p. 18).

Este quadro aponta para a manutenção de alguns conceitos de saúde e doença equivocados, reproduzindo o modelo baseado no cuidado do médico, por essa falta de conhecimento. O estudo de Freitas (1998) nos revela que o cuidado envolve a família, mas apresenta críticas quanto ao acesso e às condições que esta possui de exercer esse cuidado. Refere que muitas famílias não têm as informações necessárias e por isto não consegue desenvolver o cuidado adequado. Além disto, menciona que não existem dispositivos democráticos que garantam a participação da população e até mesmo dos usuários no processo saúde-doença. Ora, se a família faz parte da rede de atenção em saúde mental porque não a capacitar para que ofereça o cuidado a ela previsto da melhor maneira?

Talvez, uma das dificuldades de superar a prática do hospital como centro de referência esteja ligada a essa falta de informações que a população tem em torno do assunto. Ao desconhecerem os serviços substitutivos e a prática de atendimento na comunidade recorrem às “velhas” respostas, que ainda asseguram algum acesso, reproduzindo, portanto, o estigma sem conhecer a nova realidade.

Apenas 4% dos casos registrados são de indivíduos que procuram involuntariamente o serviço, 13% sob demanda de agentes de segurança (polícia, corpo de bombeiro), 6% acompanhados por interessados (amigos, por exemplo) e 74% pelos familiares. (FREITAS, 1998, p. 8).

Faltam às famílias mais esclarecimentos sobre os aspectos da doença, já que ela é, na maioria das vezes, determinante para o sucesso do tratamento, pois é a base dos processos de acolhimento e cuidado.

Ainda em relação à “tecnificação da loucura”, que envolve a falta de conhecimento sobre o transtorno mental, está intrínseca a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que segundo os autores (Lacman, 1997; Freitas, 1998) acaba promovendo o acesso do PTM pela via terciária (leitos psiquiátricos, psicofarmacos, etc.) e não pelo processo de promoção da saúde, conforme preconizado na legislação.

Pela facilidade de acesso da população aos leitos psiquiátricos e serviços extra-hospitalares, pela facilidade na obtenção de psicofarmacos e, principalmente, pela influência cultural do hospital sobre as comunidades. (LACMAN, 1997, p. 2).

Espera-se que sejam oferecidas modalidades terapêuticas de acordo com as necessidades clínicas múltiplas e diversificadas da clientela: o que majoritariamente é feito é prescrever e administrar psicofarmacos. (FREITAS, 1998, p. 7).

Os autores Antunes e Queiroz (2007) argumentam ainda que é necessário a “implementação de iniciativas para reinserir o paciente em seu meio social e familiar, o contato mais imediato com a equipe de saúde com a realidade cotidiana do paciente tem se mostrado um fator crucial” (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 4). O contato da equipe com a família permite a discussão sobre os aspectos do transtorno, fazendo com que as famílias se tornem protagonistas no que diz respeito aos cuidados com o PTM. Fazendo-as entender os aspectos que envolvem o adoecimento e os serviços constituídos para o tratamento.

Caso contrário acontece à **institucionalização** do PTM, constituindo-se como outro núcleo temático. Este acaba remetendo à intensidade dos transtornos na população, aos percentuais de internações quanto à idade e gênero e ao diagnóstico. Ademais, evidência as estatísticas em torno do tempo de permanência nos hospitais psiquiátricos.

Com relação à idade da população atendida nos serviços de saúde mental, encontramos nos municípios estudados, uma maior concentração de pacientes na faixa de vinte a quarenta anos. (LACMAN, 1997, p. 5)

76,3% das psicoses afetivas ocorrem no sexo feminino? [...] o que significa que 56,7% dos casos sejam de pessoas entre 18 e 44 anos, a idade socialmente produtiva, no que se refere a trabalho, a sexualidade, a composição familiar. (FREITAS, 1998, p. 10)

Tais transtornos ocorrem de acordo com a seguinte distribuição: os severos e persistentes, que necessitam de atendimento contínuo, estão em torno de 3%; os graves, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em torno de 6%; os que necessitam de atendimento contínuo ou eventual correspondem a 12%; os relacionados à epilepsia correspondem a 1,4% do total. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 3).

Em vez da constituição de serviços substitutivos, o modelo centrado na institucionalização da doença aparece nos estudos citados acima como sendo o principal ponto de tratamento do PTM, reafirmando a lógica hospitalocêntrica da doença. A institucionalização nega ao indivíduo sua condição de ser humano; o PTM passa a obedecer as regras da instituição, portanto, suas escolhas não dependem de sua vontade. As pessoas que não tem acesso aos serviços de referência em sua comunidade utilizam os serviços hospitalares, compondo o processo de cronificação. Pacientes há anos institucionalizados acabam se identificando com a instituição, sua história pessoal e sua identidade estão atreladas ao modo de funcionamento do hospital.

Lacman (1998) nos apresenta ainda que o “elevado número de pacientes que foram encaminhados para retorno no mesmo serviço, ou seja, a maior parte dos pacientes frequenta os serviços por muito tempo e as emergências terminam funcionando, em parte, como ambulatorios” (LACMAN, 1998, p. 6). Reiterando, mais uma vez, a condição de institucionalizado do PTM, os pacientes ao invés de receberem alta e serem encaminhados para os serviços substitutivos que existem dentro de sua comunidade, são orientados a retornar para uma próxima consulta, transformando a emergência do hospital psiquiátrico em ambulatório. O que não permite a desinstitucionalização conforme preconizado pela Reforma.

Esta situação é evidenciada também pela visão e pelas relações entre as pessoas que de alguma forma participam do universo do transtorno mental, profissionais, PTM e familiares no âmbito da instituição. O texto de Freitas (1998) nos apresenta que entre os profissionais há um discurso de reafirmação do cidadão, embora a assistência prestada não corresponda ao mesmo. A prática, portanto, estaria voltada à exclusão e à negação da condição de cidadão do PTM:

O cotidiano das relações entre os profissionais do tratamento, os pacientes e suas famílias é frequentemente frustrante, insatisfatório, tão minimamente colaborativo a ponto de ser a coerção o que coordena as interações. (FREITAS, 1998, p. 5).

Ao contrário, o estudo realizado por Antunes e Queiroz (2007) nos apresenta a forma de tratamento baseado na concepção biológica da doença, que muitas famílias e muitos profissionais mantêm em seu discurso.

Os profissionais entrevistados apontam que o exercício de suas praticas está baseado no diagnostico psiquiátrico, com alusão as

causas biológicas da doença mental, [...] a prática ainda está impregnada pelo modelo tradicional, que busca a causa da doença. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 6).

Apesar de estas práticas segregarem, negarem o transtorno e excluírem do convívio o PTM, encontramos como núcleo temático compreensões que remetem à **cidadania**. Esta diz respeito, no interior dos serviços, à visão sobre o sujeito para além de seu transtorno, englobando os aspectos físicos, sociais, culturais e econômicos, a fim de conhecer seu modo de vida e poder intervir da melhor forma. Logo, os autores (Antunes; Queiroz, 2007; Freitas, 1998) percebem como necessário uma mudança na forma de ver a questão do tratamento por parte da equipe, uma transformação do pensamento quanto ao modo de encarar o transtorno e lidar com ele. Para tanto, é necessário perceber o cotidiano de vida do portador de transtorno e de sua família:

A sua extensão vai desde as de natureza material, como comida, teto para morar, vestuário e remédios, àquelas outras psicossociais propriamente ditas, como o desenvolvimento de capacidades para lidar com o cotidiano. (FREITAS, 1998, p. 6).

No interior de um novo paradigma e de uma nova prática de atenção à saúde, que envolve, concomitantemente, a desospitalização e a implementação de iniciativas para reinserir o paciente em seu meio social e familiar, o contato mais imediato da equipe de saúde com a realidade cotidiana do paciente tem se mostrado um fator crucial (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 4)

É necessário entender o PTM em sua totalidade, abrangendo a complexidade do universo da saúde mental e evidenciando o trabalho de reabilitação psicossocial como gerador de cidadania. Tal processo propicia ao paciente reencontrar ou desenvolver sua capacidade de descobrir soluções, repensar, reestruturar, formar ou reencontrar novos relacionamentos, exercendo sua capacidade de reflexão e crítica. Tal compreensão possibilita a reconstrução das relações sociais e familiares, através de atividades preventivas, educativas e reabilitadoras, que promovam a saúde e garantam os direitos e a reinserção na sociedade, enfatizando um tratamento humanitário e respeitoso. Por intermédio destas ações é possível que o PTM passe a ter acesso às informações sobre ele, sua saúde, às formas de tratamento e aos serviços de apoio.

Esta não é uma tarefa fácil, é necessário mudar conceitos e pré-conceitos, a forma de ver o PTM, afinal sempre os julgamos incapazes de decidir sobre os aspectos de sua vida, vê-

lo como cidadão apesar de suas limitações e romper com as barreiras da exclusão. Somente na perspectiva da cidadania, vamos conseguir acabar com o estigma que os acompanha.

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica visam à melhoria da qualidade de vida dos PTM através de um melhor atendimento, da redução das internações e da manutenção do vínculo familiar e comunitário, retirando-o da condição de doente para tornar-se um cidadão que participa das atividades da comunidade.

Reconhecimento de que o envolvimento de aspectos afetivos, sociais e comunitários é fundamental para a superação da doença como o reconhecimento da dificuldade de implementar, na prática, procedimentos que possam dar conta da complexidade desta dimensão. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 5).

Para que esta percepção de cidadania possa ser disseminada na comunidade é necessário um trabalho terapêutico que vise à autonomia do PTM. Isso é possível inserindo-o nas atividades cotidianas através de um conjunto de serviços que ofereçam o suporte necessário para sua inserção.

Outro núcleo temático identificado refere-se à **visão da doença**. Freitas (1998) nos apresenta um modelo de cura que não recupera, onde a doença é vista como algo orgânico passível de cura. De acordo com o estudo ainda não há um consenso sobre o que é cura, o que é causa e o que é doença; aponta que a doença deve ser eliminada, assim como os sintomas e as queixas. A doença não é definida, mas é caracterizada do ponto de vista orgânico.

A doença deve ser curada ou removida. Os pacientes necessitam ser aliviados das suas condições e retornar para o seu estado pré-mórbido, saudável, ou, mais precisamente, ao seu estado de não-doença. (FREITAS, 1998, p. 5).

Os autores Antunes e Queiroz (2007), através do estudo realizado, nos apresentam contradições em suas pesquisas. Coadunam com Freitas (1998): ao apontar que “Há, nesse sentido, um convicção generalizada de que a reinserção do paciente em seu meio familiar e social é uma condição fundamental para a sua cura”. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 5). Ao mesmo tempo, fazem uma crítica ao modelo centrado no componente biológico do sujeito, apesar de reconhecer sua existência no interior dos serviços. Apontam que a compreensão da doença só é possível se percebermos o sujeito no interior da sua comunidade, através da percepção dos fatores que a envolvem (emocional, social, cultural).

Uma representação de ordem biológica e organicista da doença mental tende a produzir uma retificação do paciente, na medida em que elimina o contexto sócio-psicológico em torno do qual se formou o seu estado patológico. Nesse sentido, o processo saúde-doença torna-se impregnado pelos preceitos que concebem a doença como o resultado da perturbação da regularidade e do equilíbrio biológico. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 5 e 6).

Ao reafirmarem o processo de adoecimento para negá-lo, enfatizam a loucura; por não conhecerem as causas, dispensam o contexto de vida onde o sujeito está inserido. O modelo centrado no médico como centro do tratamento está intrinsecamente relacionado a isto. Apesar destes apontamentos, percebemos um crescimento importante na prática interdisciplinar, principalmente no contexto da Reforma e dos serviços extra-hospitalares, que preconizam essa prática em conjunto das equipes de trabalho.

O que nos remete a outro núcleo temático identificado através do *corpus*, a **interdisciplinaridade**. A falta de um trabalho interdisciplinar é sentida no interior dos serviços através das diferenciações entre os diagnósticos e encaminhamentos previstos. A responsabilidade do diagnóstico recai somente sobre o médico, desconsiderando os demais saberes para a construção de um prognóstico e cuidado do PTM. Nesse sentido, todos os profissionais participam em conjunto desse diagnóstico, sendo discutido e integrando outros aspectos da vida do paciente, para além do seu código internacional da doença (CID). De acordo com Freitas (1998, p. 7):

Espera-se que o trabalho das diferentes categorias profissionais seja interdisciplinar, porém o que um faz é desconhecido pelo outro: não há articulação entre as diferentes competências profissionais, não há uma comunidade de intenções e objetivos.

Acreditamos na necessidade do trabalho interdisciplinar. Fica evidente a importância do trabalho em conjunto com a equipe e o compromisso que estes devem ter com a prática interdisciplinar, respeitando as diferenças e pactuando seus valores, independente do olhar diferenciado de cada profissional. Esta prática se constitui como um dos pressupostos para a desinstitucionalização, pois beneficia o usuário através da percepção de todos os aspectos de seu transtorno. É a possibilidade do trabalho em conjunto, a discussão dos casos para que o resultado seja o mais apropriado à situação apresentada, mesmo que seja para tratar dos sintomas.

Ainda que se processe com a dominância do profissional médico, a interdisciplinaridade é utilizada pelos profissionais de saúde do CAPS como condição necessária para estabelecer as conexões possíveis entre todas as áreas de conhecimento do serviço [...] envolvendo tanto o respeito às especialidades como ímpeto natural de estabelecimento de pontes que possibilitam o diálogo. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 7).

Chama-nos a atenção a dissociação entre o discurso e a prática profissional apresentada por Antunes e Queiroz (2007). Os autores apontam em seu estudo que apesar de o trabalho dos profissionais do serviço pesquisado ter como preceito a interdisciplinaridade, na prática acabam tecendo suas ações profissionais separadamente e de acordo com a atuação do modelo do médico.

Para tanto, é necessário uma formação que faça jus à prática interdisciplinar. Porém, o que os textos (Antunes; Queiroz, 2007; Lacman, 1997) revelam é a falta de profissionais e a falta de capacitação daqueles que atuam para lidar com as demandas que surgem, evidenciando a dificuldade dos profissionais inseridos na rede de atendimento. Ademais, não há investimentos na capacitação desses funcionários.

Nesse sentido, identificamos outro núcleo temático, caracterizado aqui como sendo **formação profissional**. Este envolve a falta de capacitação técnica para lidar com as demandas e entender os aspectos integrais da doença. Observamos através disto um obstáculo no que diz respeito à progressiva substituição dos hospitais como centro de referência da atenção. Além disto, Lacman (1997) argumenta que a prática profissional tem influência de diferentes concepções teóricas presentes na formação, embora o olhar clínico e medicalizante ainda predomine, somado a carência do conhecimento das causas dos processos de adoecimento. Tal quadro dificulta ainda mais o entendimento da população em relação ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e encaminhamentos, já que no conjunto as equipes profissionais têm diferentes concepções acerca do transtorno e/ou do tratamento.

Entre as carências observadas, mais do que a falta de pessoal especializado, estaria a ausência de treinamento desse pessoal, assim como a realimentação de suas experiências específicas. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 10).

[...] sugerem uma indefinição diagnóstica e uma subjetividade nas avaliações das doenças psiquiátricas. Isto está relacionado, entre outros fatores, a concepções teóricas e escolas psiquiátricas diferentes. (LACMAN, 1997, p. 8).

A falta de capacitação especializada dos profissionais que atuam nos serviços psiquiátricos é preocupante, na medida em que essa situação pode comprometer a promoção da saúde na perspectiva da integralidade e do acesso equânime aos serviços. Ademais, não promove a democratização das informações sobre os aspectos do transtorno no âmbito da comunidade e, principalmente, no interior das famílias. Observamos também a falta de políticas públicas que garantam o direito dos PTM de acessar os serviços sem discriminação, e a vigência de políticas fragmentadas, que não dão conta do universo da saúde mental.

Assistência em saúde mental em geral: o hospitalocentrismo como modelo de intervenção hegemônico; a falta de planificação para a atenção das populações definidas; o fato de os serviços não serem integrais e integrados; o fato de os serviços não garantirem continuidade de cuidados, limitando-se aos casos episódicos nos momentos críticos de exasperação dos problemas; a despersonalização da atenção, o que desfavorece qualquer adesão ativa dos implicados no tratamento; a ausência de dispositivos democráticos que garantam a participação da clientela e da sociedade em geral nos processos de programação, desenvolvimento e avaliação da eficiência, da eficácia e da equidade. (FREITAS, 1998, p. 1).

A exclusão apesar de ter sido superada na letra da Lei e na proposta de uma PNSM, como decorrência da Reforma, ainda se constitui como pano de fundo das ações em saúde mental. O processo de cronificação pelo qual passam os PTM revela uma lacuna que deveria ter sido superada com a implementação dos serviços substitutivos. Outrossim, o modelo de atenção baseado no aspecto biológico se faz presente ao longo de toda a discussão dos textos, apesar da Reforma preconizar que os aspectos que englobam o indivíduo como um todo são de extrema importância.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste esforço de investigação e sistematização da produção teórica foi entender e apresentar as reflexões decorrentes das análises sobre os princípios da Reforma e o processo de desinstitucionalização, o que apontou para algumas afirmações, portanto, respostas, embora tenha originado outros questionamentos, constituindo, assim, considerações gerais sobre o objeto pesquisado.

A Reforma configurada como um longo processo de lutas dos movimentos sociais para a transformação da realidade da psiquiatria no Brasil trouxe consigo o conceito de desinstitucionalização para os PTM, conceito este pautado nas diretrizes da integralidade e da equidade no acesso aos serviços. Presente nesta discussão identificou-se o conceito de cidadania, que coloca em debate a necessidade dos serviços assistenciais tratarem os PTM como protagonistas de sua história, o que remete para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar que promova o reconhecimento destes sujeitos como cidadãos. Desse modo, ainda são necessárias várias intervenções nas diferentes áreas que integram a vida dos PTM, tais como: casa, família, trabalho, lazer e rede social. Trata-se, portanto, de um contínuo processo de construção e reconstrução de paradigmas, a fim de contemplar a complexidade e a particularidade de cada usuário da rede que substitui o hospital.

O grande desafio colocado ao sistema de assistência psiquiátrica é a desmistificação da doença e a aceitação do PTM pela sociedade e, principalmente, pela família, pois é em seu interior que as relações são definidas. Além disto, a falta de articulação entre os serviços existentes é outro obstáculo no processo de desinstitucionalização que prevê mais do que mudanças técnicas, é necessário que os serviços acompanhem o PTM e sua família em todos os aspectos da vida cotidiana.

Com base nos princípios da Reforma e do processo de desinstitucionalização, tentamos, ao identificar a produção teórica de duas revistas conceituadas nacional e internacionalmente, contribuir com o debate sobre o assunto. Percebemos as grandes lacunas que ainda perduram, mesmo depois da constituição das legislações acerca da saúde mental, tais como: a falta de financiamento adequado que contribua para a criação das redes de apoio, esta se torna no novo contexto da Reforma como imprescindível para a reinserção do PTM na sociedade; a precariedade da formação dos profissionais que atuam nos serviços, decorrente da falta de capacitação continuada para lidar com as demandas que se apresentam; e,

principalmente, a falta de políticas públicas que dêem conta do universo da saúde mental e dos aspectos que a englobam.

Os principais aspectos que cabem aqui serem salientados são: a reinserção, a reabilitação e a constituição da cidadania para o PTM, como sendo fundamentais para consolidação dos preceitos da Reforma. O trabalho começa lá na atenção básica e, ao contrário do que se pode pensar, não exclui a atuação nos hospitais, mas recoloca sua função, tirando-o do centro do tratamento.

Para tanto, é necessário dar maior visibilidade a contradição do hospitalocentrismo e da desinstitucionalização. É neste campo que se definem historicamente a correlação de forças, ou seja, não é um campo abstrato. É no confronto, na luta, que surgem as alternativas possíveis de políticas públicas. Acreditamos que ainda não há clareza sobre as funções, seja ela da família, dos serviços ou do Estado no que diz respeito à rede. Diante dessa realidade, os seguintes questionamentos se impõem: como trabalhar segundo os princípios da reforma psiquiátrica com uma rede incipiente conforme apresentada pelos autores? Para onde se podem encaminhar as pessoas que dependem dos serviços de assistência psiquiátrica para se reestruturarem nos momentos de crise e de ausência de respostas técnicas? A falta desta rede sobrecarrega o hospital, e, nesse sentido, é preciso dar maior visibilidade à Reforma, pois ainda não nos apossamos dela o suficiente.

Entretanto, cabe igualmente destacar que o exposto não é uma realidade exclusiva do Estado de Santa Catarina; a implementação da Reforma e a construção das redes de apoio conforme os textos apresentados estão sendo constituídas, apesar de tardiamente. Enfocam também que os serviços substitutivos não cumprem com o estabelecido na Lei. Reiteram a prática de exclusão e segregação que ainda se faz presente nas práticas profissionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira and QUEIROZ, Marcos de Souza. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 207-215.

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** *Cad. Saúde Pública*, Set 1995, vol.11, no.3, p.491-494.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. 202 p.

BARDIN, Laurence. **A análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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.

FOLCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo, Perspectiva, 2003.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. **Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica.** *Cad. Saúde Pública*, Jan 1998, vol.14, no.1, p.093-106.

GONCALVES, Alda Martins e SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista Latino-am Enfermagem. 2001 março; 9 (2): 48-55.

LANCMAN, Selma. **Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.1, p. 93-102.

LIMA, N. S. et al (org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **Manual do Programa De Volta para Casa.** Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

MESQUITA, J. F. de – **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

NASCIMENTO, A. M. **População e família brasileira: ontem e hoje.** Caxambu: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. 2006.

NASCIMENTO, Luiz Carlos do. **Rede de política pública: Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais / SUS – MG.** Belo Horizonte: UFMG, 2007. 130 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

\_\_\_\_\_. **Residências Terapêuticas: o que são e para que servem.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2º edição. São Paulo: Cortez, 2008.

**SAÚDE MENTAL no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SPRICIGO, Jonas Salomão. **Desinstitucionalização ou desospitalização: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis.** Florianópolis, SC, 2001. 177 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## SITES:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_mental\\_dados\\_numero\\_4.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_4.pdf). Acesso em: 25/06/2011.

**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**. <http://www.scielo.br/revistas/csp/paboutj.htm>.

CÓDIGO CIVIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: [http://www.jucepa.pa.gov.br/downloads/docs/pdf/Novo\\_codigo\\_civil.pdf](http://www.jucepa.pa.gov.br/downloads/docs/pdf/Novo_codigo_civil.pdf). Acesso em: 11/06/2011.

**CURRÍCULO LATTES**. <http://lattes.cnpq.br/>.

**Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em 05/06/2011.

\_\_\_\_\_. **Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html>. Acesso em 03/06/2011.

**LEI 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 23/06/2011.

**LEI 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 23/06/2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925). Acesso em 25/05/2011.

**PNASH Psiquiatria e Programa de Reestruturação da Assistência**. Disponível em: <http://www.icc-br.org/art/a178.pdf>. Acesso em 05/06/2011.

PORTARIA 224/92. **Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental**. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=424&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=424&Itemid=82). Acesso em 14/06/2011.

PORTARIA/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>. Acesso em: 17/06/2011.

PORTARIA/GM nº 251 - De 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS**. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html>. Acesso em: 05/06/2011.

PORTARIA nº 52, de 20 de janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004**. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7450.html>. Acesso em: 05/06/2011.

PROGRAMA QUALIS. **Procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual**. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>. Acesso em: 24/05/2011.

PORTARIA nº 1.169/GM de 07 de julho de 2005. **Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1169.htm>. Acesso em: 22/06/2011.

PORTARIA/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. **Normas para o atendimento ambulatorial**. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm). Acesso em: 24/06/2011.

**REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**. <http://www.scielo.br/revistas/rsp/paboutj.htm>