

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

ANA MARIA PEDROSA DA SILVA

**A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo
de Saúde Mental Brasileiro.**

RECIFE

2010

Ana Maria Pedrosa da Silva

A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Cândida Maria Nogueira Ribeiro Walter

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M Silva, Ana Maria Pedrosa da.

A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro. / Ana Maria Pedrosa da Silva. – Recife. 2010.

39 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Cândida Maria Nogueira Ribeiro Walter.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Direitos. 4. Centros de Apoio Psicossocial. 5. Assistência Básica. I. Walter. Cândida Maria Nogueira Ribeiro. II. Título.

CDU 614.39

Ana Maria Pedrosa da Silva

A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Tereza Neuma Guedes Wanderlei
CPqAM/FIOCRUZ

Cândida Maria Nogueira Ribeiro Walter
SMS Santa Cruz do Capibaribe

Dedico este trabalho a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a sua realização.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade.

Ao meu esposo e filhos pela paciência em todos os momentos.

A minha orientadora pela contribuição e aprendizado dispensados.

SILVA, Ana Maria Pedrosa. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A saúde mental brasileira passou por diversas transformações no decorrer das últimas décadas. Alinhada aos ideais da chamada Reforma Psiquiátrica a progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico por modelos mais humanos e democráticos, provocou uma reconfiguração no atendimento a saúde mental. Por meio de diversas políticas públicas, implementações na Legislação e contribuições de grupos de defesa dos direitos dos pacientes com problemas mentais foi possível a estruturação e expansão de uma rede extra-hospitalar da qual faz parte o CAPS(Centro de Apoio Psicossocial), pela sua localização estratégica, este tornou-se decisivo na consolidação de um novo modelo de tratamento e assistência a pessoa com distúrbios mentais, agora cada vez mais integrado a Assistência Básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF).Considerando-se a análise dos referenciais teóricos concluiu-se que o CAPS foi um elemento estratégico para a humanização do atendimento em saúde mental e que seu desenvolvimento e expansão fez surgir um novo modelo de saúde mental no Brasil, cada vez mais próximo dos que dele necessitam. O papel do CAPS é o de promover, a partir da prestação de serviços de saúde mental e do acompanhamento social, o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, reintegrando-os a vida social e a convivência familiar.

Palavras Chaves: Saúde mental, Reforma psiquiátrica, Direitos, Centros de Apoio Psicossocial, Assistência básica.

SILVA, Ana Maria Pedrosa. **The Importance of CAPS in the Consolidation of the New Model of Mental Health Dollars**. 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

Mental health in Brazil has undergone several transformations over the past decades. Aligned to the ideals of Psychiatric Reform called the phasing out of hospital-centered model of democratic and human models, led to a reconfiguration in mental health care. Through various policies, legislation and implementation in contributions from groups defending the rights of mental patients was possible the structuring and expansion of a network outside the hospital which is part of the CAPS (Center for Psychosocial Support) for his strategic location, this has become decisive in the consolidation of a new model of treatment and care of the mentally disturbed person, now increasingly integrated with Primary Care through the Family Health Program (PSF). Considering the analysis of theoretical concluded that the CAPS has been a strategic element for the humanization of mental health care and that its development and expansion has given rise to a new model of mental health in Brazil, becoming closer to those in need. The role of CAPS is to promote, from the provision of mental health services and social support, development of autonomy and citizenship of the users, restoring them to social life and family life.

KeyWords: Mental health, Psychiatric reform, Rights, Centers for psychosocial Support basic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fachada do Hospício Pedro II hoje conhecido como Palácio Universitário da UFRJ na Praia Vermelha.....	19
Figura 2	Gráfico 1 - Leitos Psiquiátricos no Brasil – Evolução de 1992 a 2003.	22
Figura 3	Gráfico 2- Leitos Psiquiátricos SUS por Ano (dezembro de 2002 – dezembro de 2006) Fonte: Brasil.....	24
Figura 4	Gráfico 3 - Expansão Anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006).....	25
Figura 5	Tabela 1 - Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil.....	26
Figura 6	Organograma da Rede de Atenção a Saúde Mental.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	13
3	PERGUNTA CONDUTORA	15
4	OBJETIVOS	16
4.1	Objetivo Geral	16
4.2	Objetivos Específicos	16
5	METODOLOGIA	17
6	RESULTADOS	18
6.1	Um breve histórico sobre a saúde mental e a reforma psiquiátrica brasileira .	18
6.1.1	<i>O surgimento do atendimento extra-hospitalar</i>	23
6.2	A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de saúde mental brasileiro	27
6.2.1	<i>Caracterização e expansão da rede CAPS</i>	31
6.2.2	<i>O CAPS e o Programa de Saúde da Família</i>	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores – na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

Neste contexto, o fazer saúde envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da formulação das estratégias necessárias para que essa rede se efetive. Conforme Constituição Federal de 1988, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também a execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecer.

No campo da atenção à saúde mental, observa-se, hoje, no Brasil, importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. Para a efetivação do novo modelo, a política de saúde mental está sendo implementada a partir de uma agenda comprometida com a promoção, a prevenção e o tratamento, na perspectiva da (re) inserção social e na produção da autonomia das pessoas (BRASIL, 2002).

Este trabalho tem o propósito de esboçar sobre o processo de reforma psiquiátrica e como a concretização dos CAPS vem colaborando com uma nova forma de conduzir ações nas políticas de saúde mental brasileiras. Será traçado um breve histórico sobre a saúde mental e a reforma psiquiátrica, destacando o processo de desinstitucionalização através da substituição dos hospitais psiquiátricos e asilos por modelos mais democráticos e humanizados, em especial o CAPS. Analisaremos como os CAPS tornaram-se elementos estratégicos para consolidação de um novo modelo de atenção a saúde mental brasileira, bem como sua integração com o Programa de Saúde da Família (PSF). Este trabalho tem uma natureza bibliográfica.

A partir da leitura ampla de documentos e obras que abordam a temática, procurou-se propor a devida reflexão e discussão do tema.

2 JUSTIFICATIVA

Durante muito tempo as pessoas acometidas de sofrimento mental eram consideradas loucas, alienadas e eram largadas nas ruas ou em instituições psiquiátricas como seres desprovidos de quaisquer direitos. Excluídos do convívio em sociedade, essas pessoas largadas em asilos, manicômios ou outros tipos de instituições psiquiátricas eram internadas e esquecidas, sendo muitas vezes vítimas de abusos médicos ou de maltrato de enfermeiros ou de outros pacientes. Com o passar do tempo este modelo baseado na internação dos pacientes foi questionado através da chamada Luta antimanicomial e de outros movimentos da sociedade civil e de grupos de defesa dos direitos humanos.

O conjunto desses movimentos originou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujos ideais foram espelhados no modelo italiano. Este movimento defendia principalmente a desinstitucionalização dos usuários e o resgate da sua cidadania através de sua reinserção no convívio social (AMARANTE,1995):

(...) a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Esta pesquisa justifica-se pela sua intenção em descrever o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro e a importância que a criação do CAPS teve em sua consolidação. A proposta atual do CAPS é que o usuário seja tratado no seio da família, considerada uma unidade cuidadora e de cuidado, que dentre outros fatores, é responsável por promover o contato dos pacientes com os profissionais do CAPS, a comunidade e os serviços sociais e de saúde existentes. Assim, considera-se importante a criação destes centros de atenção e sua expansão em todo o território a fim de que os mesmos estejam cada vez mais próximos das famílias dos doentes. Quando se expressa o modo como os CAPSs e as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser integrados, recorre-se à construção de um Modelo de Redes de Cuidado, de base territorial e atuação transversal com as demais políticas específicas, voltadas ao acolhimento, com estabelecimento de vínculos desses sujeitos peculiares. Para tanto, as equipes dos CAPSs e das Unidades de Saúde da Família lançam mão de estratégias como noção de território; atenção à saúde em rede intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, que ultrapassem as instituições

fechadas, de modo a promover a construção da autonomia possível de usuários e também de seus familiares (BRASIL, 2004).

Conhecer a história da Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos seus frutos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é resgatar a história e a memória daqueles que lutaram por mudanças no cenário da saúde mental no Brasil, denunciando as péssimas condições de instituições que privavam o doente mental do convívio familiar e em sociedade.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Como a criação do CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, contribui para a construção e consolidação de um novo modelo de saúde mental no Brasil?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Mostrar, através do levantamento bibliográfico, o papel dos CAPS na Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua expansão e consolidação.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Levantar informações sobre a atuação da rede CAPS na saúde mental brasileira;
- b) Identificar o processo histórico de desenvolvimento dos modelos de saúde mental brasileiros até a reforma psiquiátrica;
- c) Analisar o papel dos CAPS na construção do novo modelo de saúde mental.
- d) Avaliar o desempenho do CAPS;

5 METODOLOGIA

Para a construção desta pesquisa optou-se por realizar uma revisão bibliográfica. A partir de referências de autores que se dedicaram a análise e reflexão da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Processo de constituição dos CAPSs, buscou-se recolher informações sobre os pressupostos que desencadearam a reforma e como a mesma promoveu mudanças na saúde mental brasileira, a exemplo disso, citamos a criação dos CAPSs. De acordo com Gil (1999) apud Beuren (2008) destaca que:

A pesquisa bibliográfica utiliza-se de principalmente das contribuições de vários autores sobre determinada temática de estudo, já a pesquisa documental baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os critérios de seleção das obras incluíram publicações do Ministério da Saúde como o *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em dezembro de 2001, além de obras oficiais totalmente relacionadas com a temática como a obra *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial de 2004*, também do Ministério da Saúde foi incluída a *Legislação em Saúde Mental de 1990 – 2004*.

Quanto à pesquisa bibliográfica foi realizada uma ampla leitura dos principais autores sobre o assunto das quais foram feitas citações no decorrer do trabalho de modo a colaborar com a discussão sobre a temática em foco.

6 RESULTADOS

6.1 Um breve histórico sobre a saúde mental e a reforma psiquiátrica brasileira

Para a devida compreensão da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, faz-se necessária a observação de como o conceito de “loucura” perpassa a história do homem ocidental ao longo do tempo e como os avanços no campo da medicina psiquiátrica contribuíram para o seu desencadeamento.

Desde a Antiguidade Clássica que se encontram relatos sobre seres humanos acometidos de distúrbios psíquicos. Através de observações em obras da época pode-se constatar a existência de personagens, cujos comportamentos eram diferentes daqueles considerados “normais” e que revelavam algum tipo de esquizofrenia ou outra doença mental (PESSOTTI, 1994).

Neste período, a doença mental configurava-se basicamente de três formas: como obra da intervenção dos deuses na vida de alguns seres humanos; como um produto de conflitos passionais do homem, mesmo que permitido ou imposto pelos deuses e em uma terceira perspectiva como efeito de disfunções somáticas causadas sempre de forma imediata por eventos afetivos (PESSOTTI, 1994).

Na Idade Média, muitas vezes, atribuiu-se o comportamento esquizofrênico a possessões demoníacas. Para Foucault (1):

(...) o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um "possuído". E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas.

Foi só no início do século XIX que a loucura deixa de ser vista como um fenômeno moral ou divino e passa a ser considerada como uma enfermidade. O psiquiatra Francês Philippe Pinel propôs a criação de uma instituição para tratar a loucura o que posteriormente deu origem à psiquiatria como um campo próprio da ciência médica. Surgem os manicômios ou asilos como espaços destinados ao “tratamento” da loucura através da prática da psiquiatria (PESSOTTI, 1944).

Devido à inexistência, na época, da utilização de medicamentos no tratamento desses males, a prática da psiquiatria era caracterizada pelo confinamento dos doentes mentais nesses espaços considerados “adequados” nos

quais os doentes mentais eram submetidos a terapias de transformação e condicionamento na perspectiva de que a doença mental fosse dando lugar à razão.

No Brasil, a inauguração do primeiro hospício ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. Visto como a primeira ação efetiva de preocupação do Estado com o controle dos doentes mentais que viviam perambulando pelas ruas ou nas santas casas de misericórdia. Em (MESQUITA, 2008):

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.

O hospício Pedro II (Figura 1), inaugurado pelo próprio imperador, representou uma primeira tentativa de contenção da “loucura” no Brasil, agora considerada como doença. Ele reproduzia a arquitetura e as práticas difundidas por Pinel e tinha o isolamento como uma prática comum e indispensável ao tratamento do paciente. Em tese, o hospício deveria ser um instrumento de “cura”, pensado desde a sua estrutura arquitetônica até a distribuição dos pacientes em seu interior. O isolamento objetivava modificar os hábitos e a observação e a intervenção médicas seriam partes da ação terapêutica, além de tratamentos radicais como o eletrochoque e lobotomia. Assim, em meio a denúncias de maltrato, este modelo passou a receber inúmeras críticas, sendo comparado até mesmo com os campos de trabalho nazistas na II Guerra Mundial (AMARANTE, 1995).



Figura 1- Fachada do Hospício Pedro II hoje conhecido como Palácio Universitário da UFRJ na Praia Vermelha.

Fonte: <http://www.imagem.ufrj.br/thumbnails/4/560.jpg>

A crítica ao modelo hospitalocêntrico difundido no Brasil, residia no isolamento imposto pelos hospitais psiquiátricos que feriam gravemente a cidadania do doente, quando não a eliminavam por completo. Para (MACHADO, 1978): (...) *o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento.*

Desprovido de seus direitos enquanto cidadãos, os doentes ficavam a mercê de uma equipe médica ou de “tratadores” que muitas vezes recorriam a terapias violentas e que negavam sua condição humana.

Apesar da prática da institucionalização da loucura ter sido bastante difundida no Brasil, novas idéias abalaram sua hegemonia. Principalmente a partir da difusão do modelo italiano de *Psiquiatria Democrática* que sustentou a noção de desinstitucionalização como princípio norteador. Do ponto de vista democrático e de resgate da cidadania do doente, a experiência do modelo italiano procurou romper com o paradigma clínico/psiquiátrico e passou a considerar os hospícios como aparelhos ideológicos de controle do Estado sobre a loucura e defendia a eliminação dos mesmos (ALTHUSSER, 1983).

Esse modelo emergiu na Itália na década de 70, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas. Para (BASAGLIA, 1982):

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura.

Em cumprimento ao disposto na Constituição Federal de 1988, o direito a liberdade representa a base do movimento de Reforma Psiquiátrica e antimanicomial, pois garante que o doente mental seja visto como cidadão livre e que deve ser tratado com respeito e dignidade (BRASIL, 2007).

Tais pensamentos deslocaram a visão do distúrbio mental da esfera estritamente médica para a consideração do sofrimento do sujeito em sua totalidade relacionando-o com o meio social.

Um dos reflexos da inserção do pensamento italiano no tratamento do indivíduo com distúrbios mentais foi o resgate de referenciais sociais e culturais dos

sujeitos envolvidos. Este modelo previa a consideração das experiências pessoais e a reinserção dos mesmos em seu convívio social (BASAGLIA, 1985):

O doente mental é doente, sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo. Por isso negamos dialeticamente nosso mandato social, que exigia que considerássemos o doente como um não-homem, e, ao negá-lo, negamos a visão do doente como um não-homem (BASAGLIA, 1985)

O movimento antimanicomial, cuja bandeira defendia a reafirmação dos direitos humanos dos doentes, teve seu início na década de 70, e foi impulsionado pela retomada das mobilizações sociais pelo país. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a realização do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, são considerados como pontos de partida para o que se denominou de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Participaram deste movimento diversos atores entre eles: o MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/Núcleo de Estudo em Saúde Mental (CEBES) e o Movimento de Luta Antimanicomial, cuja principal meta é a substituição dos modelos hospitalocêntrico e asilar por uma rede de serviços territoriais (MAIA, 2002).

A luta não se limitava simplesmente ao fechamento dos hospitais psiquiátricos de característica asilar, mas propor um novo ambiente para a “loucura”, antes esquecida em seus corredores e “celas”, e trazê-la para o seio das discussões e das ações da sociedade (ROTELLI; AMARANTE, 1992) diz que :

A negação da instituição “não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social.

Outro ponto importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o sancionamento da Lei Paulo Delgado, Lei nº 10.216/01 após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional.

A lei dispõe sobre a proteção dos direitos dos acometidos de transtornos mentais e propõe a redução sistemática dos leitos psiquiátricos no país, apesar de não trazer claramente os mecanismos que seriam utilizados para este fim. O fato é que de meados da década de 90 até os dias atuais, há uma redução expressiva do número de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005). Como mostra o gráfico a seguir:

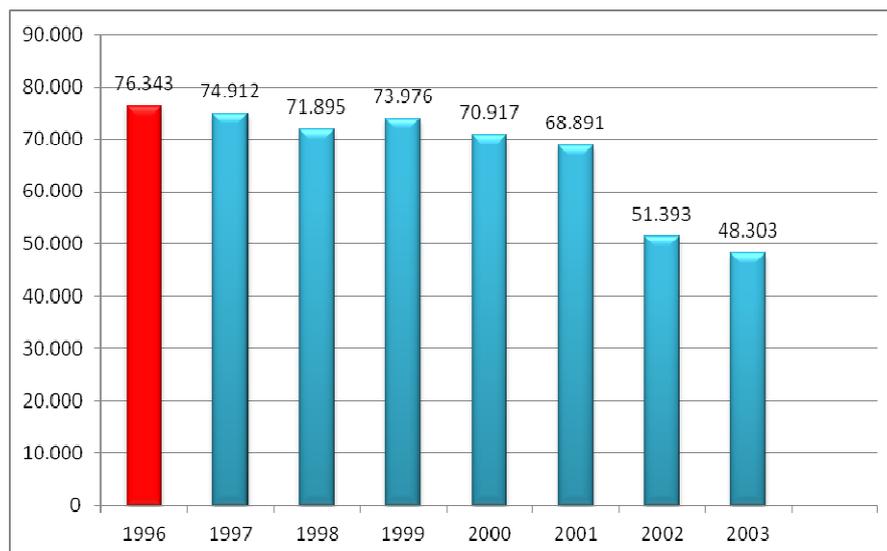


Figura 2 - Gráfico 1 - Leitos Psiquiátricos no Brasil – Evolução de 1992 a 2003
Fonte: DATASUS (2005)

A importância desta Lei está no redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando serviços que apresentem características comunitárias.

Do ponto de vista histórico, podem-se considerar as décadas de 1980 e 1990 como períodos significativos para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Um divisor de águas desse período foi a realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas em 1990, dela surgiu um importante documento para a Reforma: trata-se da Declaração de Caracas. Assinada pelos países da América Latina, inclusive o Brasil. Neste documento esses países comprometeram-se a incentivar e desenvolver políticas públicas que visem à reestruturação da assistência psiquiátrica. Um novo balanço das ações desenvolvidas a partir da declaração, foi realizado em 2005, através da Carta de Brasília, criada para avaliar os resultados obtidos a partir de 1990. Em seu primeiro Capítulo o documento coloca em linhas gerais do que se trata a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é uma ação conjunta das esferas Federal, Estadual e Municipal e dos grupos e movimentos sociais. O principal ideal do movimento está na luta pela reaproximação do acometido de distúrbios mentais do seu meio social e da sua reabilitação, em detrimento do isolamento e da segregação praticada nos manicômios.

6.1.1 O surgimento do atendimento extra-hospitalar

A superação do modelo de internação hospitalar para pacientes com distúrbios mentais representou o princípio básico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no entanto, para a sua progressiva efetivação, novos modelos de atenção ao doente mental tiveram que ser pensados.

O tratamento de pacientes fora de hospitais passou a representar uma alternativa mais humanitária e sua difusão originou uma rede de ações e serviços substitutivos ao modelo anterior. Assim, a Rede de Atenção a Saúde Mental Brasileira passa a integrar a rede de Atenção Básica do SUS, uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde criada no Brasil na década de 90. O SUS tem como princípio básico o acesso universal público e gratuito aos serviços de saúde, bem a integralidade de ações e articulação com Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de saúde (BRASIL, 2004).

Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana. Podemos sintetizar como princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/Saúde da Família: promoção da saúde; território; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários.

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o profissional da saúde mental participa de reuniões de planejamento das equipes de Saúde da Família (ESF), realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (BRASIL, 2004).

Ao criar uma rede de cuidados em saúde mental, estruturada a partir da Atenção Básica, o Ministério da Saúde de forma estratégica, buscou impulsionar

programas e serviços a partir de contextos locais, ou seja, o mais próximo possível da residência dos indivíduos. Desta forma, os serviços de saúde mental, surgem em vários municípios e vão se expandindo como dispositivos de diminuição das internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004).

Os principais modelos substitutivos criados no período pós-reforma referem-se aos CAPS (Centros de Apoio Psicossocial) e aos NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial), respectivamente. Os mesmos foram se multiplicando pelos diversos municípios do país e, hoje, integram uma rede de assistência nacional.

Conforme dados do próprio Ministério da Saúde, há uma redução bastante significativa de leitos psiquiátricos, principalmente aqueles de longa permanência, e o fechamento de vários hospitais devido às precárias condições de funcionamento nos últimos anos fizeram com que o número de leitos psiquiátricos caísse em vários estados brasileiros o que acabou gerando um processo de mudança do modelo de atenção.

Para exemplificar, entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos em todo o país, devido à implantação, neste período, do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), estes foram os principais mecanismos de redução pois através deles houve a implementação de processos avaliativos sistemáticos e anuais nos hospitais psiquiátricos do país (BRASIL, 2007b).

No gráfico a seguir pode-se ver a redução gradual desses leitos:

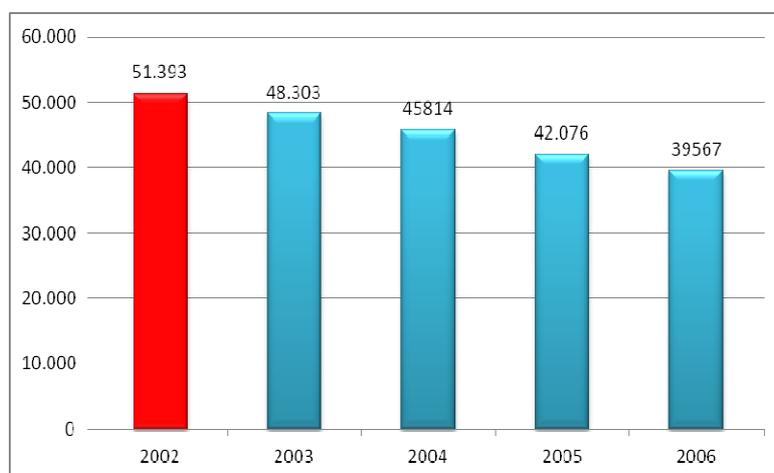


Figura 3 - Gráfico 2 - Leitos Psiquiátricos SUS por Ano (dezembro de 2002 – dezembro de 2006)
Fonte: Brasil (2007b)

Ao mesmo tempo, o número de CAPS e NAPS, no mesmo período, se expandiu. Em cerca de 20 (vinte) anos de existência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) evoluíram de apenas 6 (seis) no final da década de 80(oitenta) para 1011 (um mil cento e onze em dezembro de 2006, segundo levantamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b)

Na figura a seguir percebe-se nitidamente está expansão através da distribuição dos dados no gráfico:

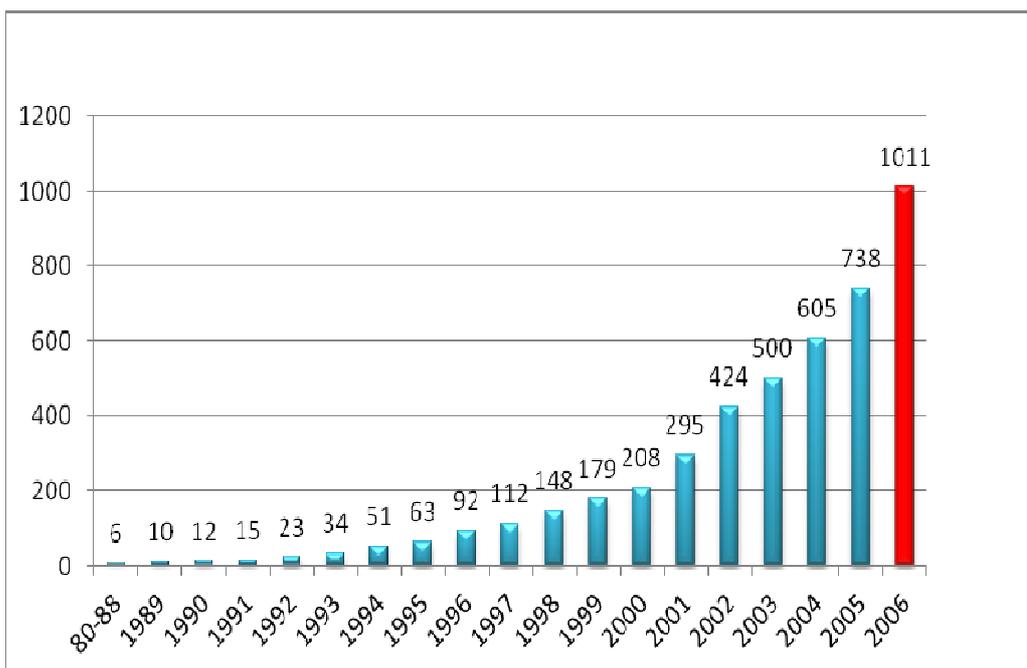


Figura 4 - Gráfico 3 - Expansão Anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006)
Fonte: Brasil (2007b)

Para a devida cobertura da população através da assistência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é feito um caçulo do indicador a partir do tipo de CAPS e de sua capacidade de cobertura. Assim, considera-se que o CAPS I dá resposta a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100,000 habitantes. Para a devida verificação da eficiência do número de CAPS por habitante usa-se o seguinte parâmetro: 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) e cobertura insuficiente/ crítica (abaixo de 0,20). A tabela abaixo expõe os indicadores atualizados do número de CAPS por tipo e UF e Indicador CAPS/1000.000 habitantes até junho de 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2007b).

UF	População	CAPSI	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador
Norte	15,359,603	39	22	2	3	11	77	0,38
Acré	691,132	0	1	0	0	1	2	0,29
Amapá	626,609	0	0	0	1	2	3	0,48
Amazonas	3,393,369	1	3	1	0	0	5	0,15
Pará	7,431,020	20	11	1	2	5	39	0,40
Rondônia	1,503,928	10	5	0	0	1	16	0,73
Roraima	421,499	1	0	0	0	1	2	0,36
Tocantins	1,292,051	7	2	0	0	1	10	0,50
Nordeste	53,591,197	334	120	13	34	70	526	0,77
Alagoas	3,156,108	36	6	0	1	2	45	0,86
Bahia	14,637,364	109	30	3	7	14	163	0,75
Ceará	8,547,809	43	27	3	6	17	96	0,89
Maranhão	6,367,138	36	13	1	3	6	59	0,65
Paraíba	3,769,977	36	9	2	7	8	62	1,19
Pernambuco	8,810,256	19	17	1	6	10	53	0,50
Piauí	3,145,325	23	5	0	1	4	33	0,68
R. G. do Norte	3,137,541	12	10	0	2	5	29	0,73
Sergipe	2,019,679	20	3	3	1	4	31	1,11
Centro Oeste	13,895,375	43	24	1	5	15	88	0,48
Distrito Federal	2,606,885	1	2	0	1	2	6	0,21
Goiás	5,926,300	9	14	0	2	4	29	0,41
Mato Grosso	3,001,692	25	2	0	1	5	33	0,68
M. G. do Sul	2,360,498	8	6	1	1	4	20	0,70
Sudeste	80,915,332	169	165	27	53	96	510	0,54
Espírito Santo	3,487,199	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	20,033,665	74	44	8	11	18	155	0,61
Rio de Janeiro	16,010,429	33	38	0	13	16	100	0,52
São Paulo	41,384,039	55	75	19	28	59	236	0,53
SUL	27,719,118	140	75	3	27	50	295	0,82
Paraná	10,686,247	34	26	2	7	20	89	0,68
R. G. do Sul	10,914,128	63	36	0	14	22	135	0,95
Santa Catarina	6,118,743	43	13	1	6	8	71	0,82
BRASIL	191,480,630	725	406	46	122	242	1541	0,63

Figura 6 - Tabela 1 - Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil.

Fonte: Brasil, 2007b

Os CAPS e NAPS trazem como meta oferecer atendimento ambulatorial diariamente, além de possuírem capacidade de atender pacientes com distúrbios mentais graves, desde que não representem risco para si ou para os demais usuários. Durante crises agudas, esses pacientes são encaminhados para os hospitais-dia ou alguma unidade de emergência psiquiátrica para receberem os cuidados adequados.

O ideal dos CAPS e NAPS é o de garantir o desenvolvimento de atividades terapêuticas sem que o paciente tenha que ser retirado do convívio com a sociedade, pois o exercício da convivência é visto como base da reabilitação psicossocial.

Apoiada pela Lei 1.216/02, a Política Nacional de Saúde Mental busca expandir e consolidar o modelo de atenção à saúde mental aberto.

O tratamento oferecido ao portador de distúrbios mentais deve ser de base comunitária, garantindo a livre circulação dos pacientes através dos serviços. Para este fim, há uma rede que conta com serviços e equipamentos variados tais como os Centros de os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), além do Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (BRASIL, 2007b).

6.2 A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de saúde mental brasileiro

O primeiro CAPS brasileiro surgiu em 1987 na cidade de São Paulo. De acordo com estudos de Oliveira (2002, pag. 105 – 106):

Esse serviço foi inaugurado (...) com a proposta de atendimento a pacientes com transtornos mentais, em especial, psicóticos e neuróticos graves. Para PITTA (1994): constitui-se num espaço paradigmático de reabilitação psicossocial onde a ética presente está a serviço da ampliação de direitos e liberdades dos que ali transitam.

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Em 29 de janeiro de 1992, o Ministério da Saúde (MS), através da portaria nº 224 deu um passo importante na Consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. Esta portaria regulamentou dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos como unidades locais de atendimento intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde somente a partir do ano de 2002, momento no

qual estes serviços experimentam grande expansão. A Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizou os CAPS como unidades de:

(...) atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

Esta portaria tem sua importância maior por ter possibilitado a criação de uma linha de financiamento especificamente para estes serviços, assim, houve um estímulo do governo federal a implantação de CAPS nos municípios o que conseqüentemente contribuiu estrategicamente na expansão do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro. Em junho de 2004 com o tema *Cuidar em Liberdade e Promover Cidadania*, foi realizado, na cidade de São Paulo o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial no qual o Ministério da Saúde lançou uma Publicação a respeito dos CAPS na Saúde Mental Brasileira (BRASIL, 2004).

A intervenção dos CAPS é importante, pois abrange vários aspectos ligados a atenção em saúde mental, desde a situações de crise a construção de projetos de inclusão social do doente mental. Entre os serviços terapêuticos disponíveis nos CAPS estão:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da

comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;

- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

Os CAPS são o resultado de uma mudança na relação com a loucura que vem se desenvolvendo desde o princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A atenção à saúde mental saiu da clausura dos manicômios e hospitais psiquiátricos e passou a ocupar um novo “território”, para além de uma delimitação geográfica, mas constituído por relações familiares, entre amigos, vizinhos, trabalho, ou seja, pela vida em sua plenitude de modo a possibilitar um número cada vez maior de trocas e de inserção social do indivíduo.

Atuar no território consiste em unir conhecimentos e potencialidades de seus recursos a fim de construir objetivos comuns e assim, propor soluções para os conflitos (BRASIL, 2005).

Além da noção de território no campo de atuação dos CAPS, podemos destacar a noção de redes, uma vez que a rede de atenção em saúde mental é resultado da articulação de vários serviços de saúde e de outros existentes no território. Assim, através de interações com as diversas redes, surgem novas possibilidades de relação com a loucura, atribuindo-lhe um novo lugar social. O CAPS tem a função de organizar a rede de atenção de modo que seja garantidos os direitos sociais do usuários do serviço (BRASIL, 2005) O Organograma representado na figura abaixo ilustra a forma como a rede de atenção se estrutura a partir do CAPS:



Figura 6 - Organograma da Rede de Atenção a Saúde Mental
Fonte: Brasil, 2005

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. Oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Sua estrutura física deve contar com elementos básicos para o oferecimento de seus serviços (BRASIL, 2005) a saber:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;

- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Esses serviços poderão constituir-se em 03 modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPSIII, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, além dos modelos de CAPS i (infantil) e CAPS AD (para alcoolismo e usuários de drogas) (BRASIL, 2005).

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2004).

6.2.1 Caracterização e expansão da rede CAPS

A rede CAPS tem um papel estratégico no desenvolvimento e consolidação da reforma psiquiátrica. Seu surgimento deu início efetivo ao processo de substituição do modelo hospitalocêntrico no país. Sua expansão ocorre progressivamente em todo território nacional, no entanto, sua cobertura ainda limita-se a partir das desigualdades estruturais entre as regiões do país.

O Ministério da Saúde criou o indicador CAPS/100.000 habitantes, que revela a cobertura dos CAPS em cada unidade da federação e aponta a necessidade de expansão a partir do ideal de referência que seria de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes* . Existem no Brasil 689 CAPS em funcionamento espalhados por praticamente todos os estados (BRASIL, 2004).

As modalidades de CAPS são determinadas pela capacidade de atendimento e clientela atendida. De acordo com esses critérios são divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPSAD. Os CAPS I atendem a municípios com populações

entre 20.000 e 50.000 habitantes, portanto, são unidades de menor porte. Nesta modalidade há um quadro básico de profissionais para o atendimento, geralmente a equipe é formada por 9 (nove) profissionais de diferentes níveis que se dedicam a cuidar de uma clientela formada por adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso do álcool e de outras drogas. Os serviços são oferecidos durante os cinco dias úteis da semana. O CAPS II atende a municípios com populações de 70.000 a 200.000 habitantes. No CAPS II são oferecidos serviços de médio porte por uma equipe de 12 profissionais de níveis médio e superior, também apresenta uma clientela de adultos com transtornos mentais severos e persistentes e funcionam durante os 5 (cinco) dias úteis. Sua capacidade de atendimento é de 360 pessoas por mês. O CAPS III é o único que funciona 24 horas durante os 7 (sete) dias da semana, incluindo feriados. Hoje, este tipo de CAPS está presente nas maiores metrópoles brasileiras. Esta é a modalidade mais complexa da rede, pois realiza internações curtas, de no máximo 7 (sete) dias e para o seu devido funcionamento, deve contar com uma equipe formada, por no mínimo 16 (dezesesseis) profissionais. Este serviço possui capacidade para a realização de 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos por mês. O CAPSi é especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, geralmente estão incluídos nesta categoria os portadores de autismo psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Estes CAPS são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2004).

A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades de tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil. As psicoses da infância e o autismo infantil são condições clínicas para as quais não se conhece uma causa isolada que possa ser responsabilizada por sua ocorrência. Apesar disso, a experiência permite indicar algumas situações que

favorecem as possibilidades de melhora, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível. Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2004).

As modalidades de CAPS e sua atuação nos municípios seguem o critério de perfil populacional dos mesmos, no entanto, pela sua natureza local e comunitária, cabe ao gestor local e a sua comunidade verificar se o serviço atende ou não às demandas de saúde mental de sua localidade.

6.2.2 O CAPS e o Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado no início de 1994, pelo Ministério da Saúde, elegeu a família como foco das ações. A importância de visualizar a família, como uma unidade de cuidado, é expressada, freqüentemente, referindo que „o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais. Os princípios da promoção da saúde, através do fortalecimento da atenção básica, tendo o PSF como seu eixo estruturante, permitem a construção da saúde através de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros. A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social (BRASIL, 2005).

O Programa de Saúde da Família Foi criado para ser uma ferramenta do modelo de atenção integral, conforme o disposto pela Constituição de 1988. Sua concepção parte do princípio de que o atendimento na área de saúde deve estar o mais próximo possível da população, assim, deslocamentos de pacientes seriam

reduzidos e através de ações junto a comunidade, problemas de saúde podem ser detectados precocemente antes que se agravem. Assim;

(...) por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005)

O PSF é o eixo de atenção básica, principalmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde, cujo monitoramento contínuo aos núcleos familiares fez com a demanda de casos de saúde mental fosse evidenciada e passasse a integrar o planejamento de trabalho do PSF. Nos últimos anos o Ministério da Saúde vem incentivando políticas de expansão da rede de atenção Básica, assim novas diretrizes são incorporadas, inclusive aquelas que se referem à saúde mental. Os princípios da promoção da saúde, através do fortalecimento da atenção básica, tendo o PSF como seu eixo estruturante, permitem a construção da saúde através de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 2003).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa destacamos a importância da criação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para a melhoria do modelo de atendimento em saúde mental no Brasil.

A partir de um apanhado bibliográfico sobre a história da Reforma Psiquiátrica, destacamos as mudanças ocorridas a partir das últimas décadas do sec. XX e que vem se perpetuando até os dias atuais. Levamos em consideração recortes importantes como: o surgimento das instituições dedicadas a prática psiquiatria e o surgimento do movimento antimanicomial, esse último abriu espaço para discussões sobre as péssimas condições humanas e sociais dos indivíduos internos em instituições como manicômios e asilos destituídos do direito a convivência em liberdade e em sociedade. Destacamos o surgimento do modelo extra-hospitalar, vinculado ao SUS como um ponto importante, pois garantiu que o doente mental recebesse os primeiros cuidados necessários a sua recuperação perto de seu contexto familiar e social, sem a necessidade de grandes deslocamentos ou mesmo de isolamentos. Em especial, ressaltamos o trabalho dos CAPS na humanização da atenção à saúde mental e sua importância na concretização de alguns dos ideais defendidos pela reforma. Esboçamos a estrutura da chamada Rede de Atenção a Saúde Mental que tem no CAPS a sua célula matricial. Caracterizamos os diferentes tipos de CAPS, a partir do seu perfil de atendimento e quadro de expansão dos mesmos em todo o território nacional.

Finalmente, destacamos a importância da inserção dos CAPS no Programa de Saúde da Família (PSF) e como o acompanhamento e tratamentos dos doentes mentais hoje fazem parte da chama Atenção Básica.

Sabemos que a luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada nas últimas décadas do século XX ainda não chegou ao fim, no entanto, é necessário reconhecer as conquistas de alguns dos direitos doentes mentais no panorama da reforma e reconhecer os desafios que ainda estão por vir.

A exposição deste quadro da saúde mental do nosso país não pretende encerrar ou engessar as discussões a respeito da temática, mas servir como orientação básica para reflexões sobre o que já foi construído e para galgarmos novos desafios. Os fundamentos teóricos da luta pelos direitos dos que sofrem algum tipo de distúrbio mental podem servir de norte para a fragilidade do nosso

sistema, mas ao mesmo tempo fazemos perceber o dinamismo do mesmo diante do processo histórico, econômico e social de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (org.). **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de Estado**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

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

BASAGLIA. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atlas S.A, 2007.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Mimeo, 2003.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. **Manual do Programa de Volta para Casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2003-2006 saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAIA, Rousiley C. M; FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Rev. bras. Ci. Soc**, São Paulo, v. 17, n. 48, Feb. 2002 .

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.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as Épocas.** São Paulo: Editora 34. 1994.

PITTA, Ana Maria. Os CAPS: espaços de reabilitação?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 647- 654. Rio de Janeiro, 1996.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.