

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**

**CREUZA BENITES DA SILVA**

**TRANSPONDO BARREIRAS NA SAÚDE MENTAL:** a mudança de paradigma de atenção aos portadores de transtornos mentais.

CAMAPUÃ  
2016

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**

CREUZA BENITES DA SILVA

**PROJETO DE PESQUISA SOBRE**

**TRANSPONDO BARREIRAS NA SAÚDE MENTAL:** a mudança de paradigma de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Apresentado à disciplina de Metodologia Científica do Curso de pós-graduação de Gestão em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - MS.

CAMAPUÃ  
2016

**TRANSPONDO BARREIRAS NA SAÚDE MENTAL:** a mudança de paradigma de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Creuza Benites da Silva<sup>1</sup>  
Lorraine Aparecida Pinto<sup>2</sup>

**RESUMO**

O presente estudo prioriza, sobretudo, explicar sobre o que é saúde mental e como ocorreram as transformações na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Objetiva Descrever as mudanças nos atendimentos a saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, a legislação em Saúde Mental no Brasil e os serviços regulamentados por esta, bem como a importância da estruturação da rede de atenção em saúde mental, enfatizando os serviços oferecidos, através de pesquisa literária, escrita em português, bem como em materiais específicos que tratam das questões de saúde mental. Proporcionando a necessidade de um olhar minucioso sobre a questão da saúde mental e a importância das articulações nas redes de atendimento, assevera-se a urgência da promoção e integração de todos os setores e atores envolvidos na rede de atenção em saúde mental, tanto no cuidado com essas pessoas, quanto em investimento público dos serviços para atender tal demanda.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Rede em Saúde Mental.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Especialização EaD de Gestão em Saúde/UEMS

<sup>2</sup> Nutricionista e Orientadora/UEMS

**TRANSPOSING BARRIERS IN MENTAL HEALTH:** the paradigm shift of attention to people with mental disorders.

Creuza Benites da Silva<sup>1</sup>  
Lorraine Aparecida Pinto<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This study emphasizes, above all, explain about what is mental health and how the changes occurred in the Psychiatric Reform in Brazil. Objective To describe the changes in the care mental health from the Brazilian Psychiatric Reform, legislation Mental Health in Brazil and the services regulated by this, and the importance of structuring of the mental health care network, emphasizing the services offered through literary research, written in Portuguese, as well as specific materials dealing with mental health issues. Providing the need for a thorough look at the issue of mental health and the importance of joints in service networks, the urgency of the promotion is asserted and integration of all sectors and actors involved in the network of mental health care, both in care with these people, as public investment services to meet such demand.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Mental health. Network Mental Health.

---

<sup>1</sup> Academic Specialisation Distance Education Health Management /UEMS

<sup>2</sup> Nutritionist and Guidance / UEMS

## 1. INTRODUÇÃO

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Quando relacionados a esse enigma e a ameaça aos saberes dos homens “normais”, proporcionaram diversos crimes e tragédias ao ser humano, com indivíduos trancafiados em locais impróprios, por não terem condições de conviver no espaço comum a todos. Tais ditos doentes mentais, tiveram sua cidadania roubada, seus direitos violados pela clausura, afastados de seus familiares e dos considerados “normais”. Resende (2001, p.35) comenta que essas primeiras instituições psiquiátricas que surgiram no Brasil foram criadas respondendo a uma exigência sociourbana para que os loucos fossem retirados das ruas somados à condenação que se fazia, na época, aos maus tratos a que eram submetidos os loucos nas prisões e nas Santas Casas.

Outro fator relevante era a urgência que a situação exigia, não permitindo que se esperasse por hospícios definitivos, recorrendo-se a instalações provisórias, meio caminho entre as internações nos porões das Santas Casas, as celas das prisões e a solução final. Esses locais consistiam no modelo manicomial baseado em

instituições fechadas, que se configurava como principal dispositivo para afastar os “loucos” da sociedade.

## 2. METODOLOGIA

Estudo analítico-descritivo por meio de revisões literárias, a proposta metodológica é acompanhar e analisar os avanços da saúde mental e como ocorreram as transformações na Reforma Psiquiátrica no Brasil.

## 3. OBJETIVOS DO PROJETO

Objetiva descrever as mudanças nos atendimentos a saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, a legislação em Saúde Mental no Brasil e os serviços regulamentados por esta, bem como a importância da estruturação da rede de atenção em saúde mental, enfatizando os serviços oferecidos, através de pesquisa literária, escrita em português, bem como em materiais específicos que tratam das questões de saúde mental.

## 4. DESENVOLVIMENTO

Após a segunda guerra mundial os hospitais psiquiátricos foram comparados aos campos de concentração, logo se iniciou questionamentos sobre a eficácia do tratamento oferecido. O manicômio é um espaço de isolamento e encobrimento do real. Não há questões, não há

problemas, tudo funciona de acordo com um conjunto de regras de fácil assimilação. “As paredes do manicômio discriminam precisamente quem é normal, do lado de fora, e quem é louco, do lado de dentro” (Delgado, 1991, p. 20).

A partir da segunda metade do século XX, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Principalmente na década de 60 com vários questionamentos em relação à psiquiatria e com uma proposta para romper com o modelo manicomial. Em consonância com pensamento de Foucault que “(...) a loucura foi enclausurada, excluída da sociedade, há que libertá-la e dar-lhe cidadania” (SANDER, 2010).

Na década de 70/80 houve diversos encontros e congressos na área da saúde mental por todo país, a fim de discutir melhores condições de trabalho aos profissionais e no tratamento dos pacientes psiquiátricos, iniciando assim, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005). Segundo Amarante e Torre (2010:119) o que deflagrou a reforma

psiquiátrica, foram as denúncias da precarização das condições de trabalho, e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, provocando assim, a união dos trabalhadores na área da saúde mental, por mudanças no sistema de atendimento, logo inicia os Congressos e Conferências dando início ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE E TORRE, 2010, 117.118).

Em 1986, em Brasília ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde e pela primeira vez os participantes tiveram voz nas propostas da conferência, colocando a saúde como direito de todos e dever do Estado. No qual exige que o Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde integrada as demais políticas econômicas e sociais em que forneça condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os níveis com o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987). O período tem como ponto mais importante uma ruptura no processo de reforma psiquiátrica, até então restrito às transformações no campo técnico-assistencial, para uma dimensão mais global e complexa: “um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-científico,

político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (Amarante, idem, p. 76).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa, para a saúde mental, “o fim da trajetória sanitarista de Sérgio Luiz Ribeiro “... um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização” (Tenório, 2002).

Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias. Tais ações iniciaram-se com o processo de desinstitucionalização e conseqüentemente a desconstrução dos manicômios e dos paradigmas que os sustentavam. A substituição dessa modalidade de atendimento por outras práticas, como as terapêuticas, bem como a autonomia da pessoa com transtornos psíquicos passa a ser discutida e questionada por profissionais da saúde e familiares constantemente (GOIS et al., 2004).

Em março de 1986 foi inaugurado em São Paulo o primeiro CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção obteve repercussões importantes, que demonstrou a possibilidade da criação de uma rede de cuidados que substituísse os hospitais psiquiátricos. Neste período foi implantado em Santos/SP, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas. Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. (Leal, pó. Cit. PP.84 e 55). Tal portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar;

podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. “O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais” (Tenório, 2002).

Considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade e a família, contudo, demonstrado no estudo realizado por Barroso e Abreu et al (2004) a falta de envolvimento das famílias no processo terapêutico, muitas vezes chegando a comprometê-lo.

No entanto, o processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente

às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção.

Sendo preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade (Capsitrano Filho, 1991, p.81). Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004). As unidades são divididas de acordo com a complexidade e abrangência populacional e podem ser identificadas como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e droga) e CAPSi (infantil). (MS,2005)

Os CAPS I são Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, funcionam cinco dias da semana e tem capacidade para atender e acompanhar até 240 usuários, oferecendo uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes (MS, 2005).

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, os usuários destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os

CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês e funcionam os cinco dias úteis da semana (MS,2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (MS, 2005).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A

equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, 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. (MS,2005).

Pensando nos paciente psiquiátricos que não tem condições de realizar os atendimentos e acompanhamentos nos CAPS o Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2004)

O rompimento do paradigma manicomial ocorre gradualmente, possibilitando a pessoa acometida de transtorno mental ser tratada em ambiente terapêutico, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, buscando a reinserção e reabilitação psicossocial. AMARANTE (1995) diz que desospitalizar,

significa retirar o sujeito do complexo hospitalar e enviá-lo para casa, enquanto que desinstitucionalizar é um processo muito mais amplo, é superar conceitos de que doença implica em “falta e erro”. Desinstitucionalizar na visão do autor, significa desconstruir práticas antigas, não apenas medicar ou fazer psicoterapia, mas permitir que o sujeito se torne um sujeito de direitos, de cidadania e não apenas um objeto do saber médico/psiquiátrico, e dentro deste processo, a ética é fundamental.

As Residências Terapêuticas ( portaria do MS 106) são estratégias imprescindíveis para a desinstitucionalização de pessoas que passaram grande parte da vida dentro de um hospital psiquiátrico. Estes pacientes usam o hospital como moradia devido à falta de condições sociais, afetivas e financeiras, no entanto, poderiam se beneficiarem de um tratamento fora do hospital como o Serviço Residencial Terapêutico.

A lei nº. 10216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como lei Paulo Delgado, que pauta sobre a reforma psiquiátrica e institui novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais. Essa lei tramitou por 12 anos no congresso Nacional, desde 1989, até sua promulgação em 2001, propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, redirecionando assim, a assistência a saúde mental, privilegiando o oferecimento do tratamento na comunidade, contudo não institui os mecanismos para a extinção dos manicômios (Ministério da

Saúde/Brasil, 2000). Então, do ponto de vista assistencial, constata-se que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de “serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de cuidado social” (VASCONCELOS, 2008, p.39).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É necessário reinventar a maneira de lidar com a questão da “loucura”, ou seja, criar estratégias para emancipação, autonomia, e desconstruir a relação de institucionalização dessas pessoas.

Sabemos que devido os vários anos de internação e com a ausência ou dos vínculos afetivos e familiares, os pacientes, ou melhor, os moradores das residências terapêuticas necessitam resgatar sua autonomia, sendo que somente com o auxílio dos técnicos de saúde mental é que será possível viabilizar esta ação.

O reordenamento do serviço de saúde mental busca romper com o paradigma de internação, de doença, evoluindo para uma relação de cuidado, conseqüentemente é levado em consideração a compreensão do homem em suas

relações concretas, suas reais necessidades e de uma vida concreta.

Os serviços oferecidos dentro da atual política de saúde mental têm como perspectiva viabilizar o que há de legítimo, rompendo obviamente com o paradigma manicomial e com a visão da “segregação”.

Anterior ao processo da reforma psiquiátrica o modelo de assistência aos portadores de transtornos mentais era com base na internação em hospitais psiquiátricos, conforme já vimos no decorrer do trabalho, com objetivo de segregar a circulação dessas pessoas da sociedade, pessoas estas, consideradas “ improdutivas”, que ficavam reclusas por longos períodos, em condições precárias e sem contato com a sociedade. "A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social". (Amarante, 1994:74)

Com a reforma psiquiátrica e a promulgação da lei 10216, veio modificar os serviços prestados aos doentes mentais

gradualmente, trazendo uma atenção mais humanizada ao sujeito que deve ser tratado de forma integral, onde o todo não pode ser separado das partes, levando a garantia de uma inclusão social que é direito de todo cidadão Brasileiro.

Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços de saúde da rede de atenção em saúde mental e de atenção básica, a gestão da rede de cuidado em saúde, preconizadas pela humanização, universalidade, integralidade participação comunitária, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, criando-se a possibilidade da prática dessa participação coletiva e promoção na troca entre as parcerias em que a rede se estrutura, com foco no indivíduo, efetivando assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como o aparato da Legislação em Saúde Mental do Brasil.

## 9. REFERÊNCIAS

1. Resende 2001
2. Delgado
3. Sander 2010
4. Brasil 2005
5. Brasil 1986

6. AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.
7. Tenorio 2002
8. Gois et al., 2004
9. Brasil 2005
10. BARROSO, A.G. C, ABREU, L.M. et al. **Transtornos Mentais: o significado para os familiares**. In: Revista Brasileira em Promoção da saúde. Vol. 17, nº. 3, ano: 2004. Universidade de Fortaleza/CE. Disponível no site: [www.unifor.br](http://www.unifor.br). Acesso em 2016.
11. Brasil 2004
12. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e Interdisciplinariedade: o exemplo da saúde mental**. In: Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade (org.) – p. 35-674. ed. São Paulo: Cortez, 2008..
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 2016.
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em 2016.
18. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
19. \_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> (Saúde Mental); Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acesso em 2016.
20. PSICOLOGADO. **Residência Terapêutica: o olhar do profissional de saúde mental**. Disponível em <https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/residencia-terapeutica-o-olhar-do-profissional-de-saude-mental>. Acesso em 2016.
21. TENÓRIO. **O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais**. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 2016.