



CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL

O PERCURSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A VOLTA PARA CASA
HISTORY OF PSYCHIATRIC REFORM PATH TO THE BACK HOME

Salvador
2015.1

O PERCURSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A VOLTA PARA CASA

Autor: Pedro Antônio N. dos Santos
Orientadora: Marlene B. S. Miranda

Resumo

Este trabalho tem como objetivo discutir o percurso da reforma psiquiátrica até o processo de volta para casa de pessoas com transtornos mentais e, para tanto, faz-se um recorte histórico com o intuito de evidenciar a trajetória social, histórica e cultural do modelo hospitalocêntrico ao ideal de referência multidisciplinar de atenção básica e diversificada, intersetorial e comunitária, com especial ênfase na experiência brasileira. Discute-se também as políticas públicas relacionadas à saúde mental, os movimentos e as transformações sociais, bem como evidencia marcos legais que resultaram em importantes instrumentos para promoção da igualdade e respeito às diferenças. Desse modo, intenta-se contribuir para legitimação da dignidade humana, com ênfase no direito das minorias, aqui representadas pelos portadores de transtornos mentais, e a necessidade de desmistificação dos processos de desinstitucionalização, com o intuito de levantar possibilidades para uma melhor compreensão das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Portadores de Transtorno Mental. Saúde Mental.

Abstract

This work aims to discuss the route of the psychiatric reform to the process back home for people with mental disorders and, therefore, it is a historical cut in order to highlight the social, historical and cultural trajectory of the hospital-centered model to ideal multidisciplinary reference basic and diversified attention, intersectoral and community, with special emphasis on the Brazilian experience. It also discusses public policies related to mental health, movements and social change, as well as highlights legal frameworks that resulted in important tools for promoting equality and respect for differences. Thus intends to contribute to legitimization of human dignity, emphasizing the rights of minorities, represented here by people with mental disorders and the need for demystification of the deinstitutionalization process in order to raise possibilities for a better understanding of people with mental disorders

Keywords: Institutionalization. People with Mental Disorder. Mental health.

O PERCURSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A VOLTA PARA CASA

1 INTRODUÇÃO

Desde a época do império a saúde mental já possuía especial atenção no contexto brasileiro; isto porque, com a chegada da família real ao Brasil, as pessoas portadoras de algum tipo de doença mental que fosse oriunda de famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca eram 'tratadas' em espécies de asilos ou as intituladas Casas de Misericórdia para que fossem então afastadas da sociedade.

Causava grande espanto e, de certo modo, vergonha às famílias abastadas ter em seu convívio um parente que fosse considerado doente mental ou, conforme o termo comumente utilizado à época, louco. Bem por isso, as Casas de Misericórdia tinham um perfil de hospedaria para que de lá os seus 'pacientes' não precisassem sair nem se afastar (SANTOS, 1992).

Tais asilos eram, em sua grande maioria, organizados e comandados pela Igreja Católica e se ocupavam também de segregar todos àqueles que fossem considerados 'nocivos' à vida em sociedade com o pretexto de que estariam incomodando a ordem pública. Assim, nesse rol, constavam os leprosos, os mendigos, ladrões, prostitutas, os doentes mentais, e mais quaisquer outros que fossem considerados perigosos ao convívio social.

As Casas de Misericórdia possuíam, a primeira vista, um caráter religioso, mas, a partir de um olhar mais aprofundado, vê-se que estas funcionavam muito mais como cárceres, pois que os ali internados não possuíam qualquer tratamento humanizador, ao revés, eram tratados miseravelmente, muitas vezes, sem alimentação e higiene necessárias (SANTOS, 1992).

Os loucos tinham um tratamento ainda pior, pois o Estado assegurava, através de leis e decretos que os doentes mentais fossem extirpados da convivência social com a justificativa de proteger os demais cidadãos. Sem dúvidas, o Estado também sofria uma pressão por parte da população para segregar estes cidadãos marginalizados, apenas os profissionais da área de saúde, em especial os médicos, e os intelectuais e pensadores da época, se colocavam contrários a este tipo de tratamento com os portadores de transtornos mentais.

O advento da Reforma Sanitária redimensionou o tratamento até então oferecido aos portadores de transtornos mentais, porquanto passou-se a compreender de forma diversa a loucura e os transtornos mentais. A luta anti-manicomial, iniciada no Brasil desde a década de 80, através da luta de diversos profissionais de saúde mental, teve como principal propósito a quebra do paradigma do tratamento em asilos que só fazia segregar os seus usuários, em prol da desinstitucionalização responsável que pugna por reinserir os doentes mentais na sociedade (SADIGURSKY; TAVARES, 1998).

Nesse sentido, pretende-se, através desse trabalho, analisar as dificuldades e os enfrentamentos vivenciados por um portador de transtorno mental para voltar ao convívio social, família e comunidade, de forma digna e cidadã, colaborando para a discussão sobre saúde mental bem como apontar as diversas possibilidades existentes, com especial ênfase ao processo de desinstitucionalização, que minimizam os impactos que estão sujeitos os portadores de doenças mentais quando da sua (re) inserção à sociedade, potencializando o desenvolvimento da autonomia e o exercício da cidadania.

2. SAÚDE MENTAL: BREVE HISTÓRICO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A exclusão perpetrada durante anos sobre os portadores de doenças mentais deu-se, em princípio, a partir de dois conceitos inculcados na sociedade, isto é, a percepção do que é socialmente aceito (ou não) trouxe à tona ideias contrapostas sobre o que significa a normalidade. Assim, o “normal” e o “anormal” passaram a ter tratamentos diferenciados no contexto social, já que é mais fácil lidar com o sujeito intitulado de “normal” porque se bane as diferenças e gesta-se a tão famigerada e sonhada sociedade homogênea (CORREIA JÚNIOR, 2014).

O tratamento realizado com as pessoas consideradas “anormais” deu um caráter de doença ao transtorno mental, justificando assim a sua desobediência à norma socialmente imposta. Isto porque o conceito de normalidade se sustenta dentro do parâmetro da não-diferença, e dentro dessa perspectiva, passou-se a valorar a normalidade sendo esta um elemento de poder e mecanismo de controle social já que se realiza na observância à norma imposta (FOUCAULT, 2004).

A alcunha forjada entre anormalidade e loucura foi pensada dentro do prisma que se precisava explicar socialmente aqueles que não se adequavam à norma e, por isso, nada

mais óbvio que lhe impingir um caráter patológico e, por vezes, inexplicável pelas vias do que se convencionou a chamar de razão e normalidade. Atrelada a essa ideia brotava uma sociedade capitalista que pensava o ser humano sob a ótica da produtividade e, por isso, os considerados loucos, além de serem vistos como “perigosos porque portadores de uma doença”, eram também intitulados de improdutivos. Tais fatos justificaram, à época, a necessidade premente de exclusão social do portador de transtorno mental, pois,

Como um fato socialmente condicionado, a loucura culminou em uma lógica pertinente ao momento histórico de confirmação do capitalismo. Dentro da conformidade capitalista e suas cidades, a loucura passa a ser motivo de exclusão (ALVES, 2011, p. 34).

A exclusão gerou a necessidade de abrigar tais portadores de transtornos mentais em ambientes segregadores como forma de extirpá-los do seio social e “tratar” suas patologias em locais destinados à contenção de suas subjetividades e diferenças (CORREIA JÚNIOR, 2014). Todavia, o objetivo da criação de tais instituições, denominadas de hospitais/hospícios psiquiátricos era essencialmente, a princípio, resolver os problemas gerados pelos “anormais” no contexto social, o caráter curativo ficou em segundo plano e, por isso, o surgimento dos hospícios, no Brasil, associa-se muito mais ao modelo prisional do que terapêutico.

Em 1852, foi inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico, no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, o qual foi nomeado de Hospício Psiquiátrico. Neste, ainda não se aplicavam técnicas de tratamentos para doenças mentais e os maus tratos eram constantes, além do aspecto de prisão e cárcere que a política do estabelecimento ainda detinha (AFLEN, 2008). Santos destaca:

Os médicos não tinham um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nostalgia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontrava-se ainda nas mãos das irmãs de caridade. Sua clientela eram as pessoas pobres que formavam o grupo dos “marginalizados” da cidade. (...) A loucura foi se tornando cada vez mais específica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado e, em consequência disso [...] estreitou a relação entre Estado e médicos – mais tarde os psiquiatras – se unem para garantir a ordem pública (1992, p. 29-30).

O surgimento dos hospitais psiquiátricos aconteceu ainda com a forte influência da igreja já que a loucura, desde a Idade Média, atrelou-se a uma explicação mítica e ao mesmo

tempo religiosa, ou seja, denominava-se a loucura como castigos divinos, possessão demoníacas, intervenções hereges, dentre outros. O caráter religioso tinha por objetivo, de certo modo, mascarar a realidade destas instituições, haja vista que a rotina neles eram distantes do ideal de caridade, pois havia muito descaso para com o paciente, além dos maus tratos constantes (FOUCAULT, 2004).

Foi a partir da proclamação da República que os hospitais psiquiátricos passaram a ser conduzidos por médicos e houve profundas modificações em sua estrutura e funcionamento. Procurava-se substituir o aspecto do cárcere pelo tratamento focado na saúde mental (GUIMARÃES, 2011).

Não foi uma tarefa fácil, porém gradativamente ocorreu o processo de humanização destes hospitais psiquiátricos. Para intensificar esta transformação, algumas iniciativas foram preponderantes, tais como, a inserção de uma disciplina específica para o tratamento das doenças mentais na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, visando o aperfeiçoamento dos médicos no que tange ao tratamento das patologias psiquiátricas (GUIMARÃES, 2011), já que:

[...] a psiquiatria é chamada a agir no recolhimento dessas pessoas que não faziam parte da classe de produtores para o capital, a medida tomada é a internação, com objetivo de “recuperá-las e se possível ajustando-as para o trabalho e ao novo modo de produção (SANTOS, 2004).

A ‘recuperação’ dos tidos doentes mentais feitas, nesse período, pela psiquiatria, era também uma forma de atender aos anseios do capitalismo com o intuito de que, mesmo os doentes trabalhassem para atender a ideia do capital, qual seja, mais lucro, mais produtividade. No entanto, tal ação restava contraditória uma vez que o doente não poderia, em algumas ocasiões ter convívio social, mas, se fosse para atender aos interesses do capitalismo, poderiam ser reintegrados a sociedade para trabalharem arduamente (BASAGLIA, 1985).

Modificações neste cenário só ocorreram mais tarde com a instituição do curso de psiquiatria em São Paulo e a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, representaram importantes marcos para o redimensionamento na atuação do profissional na saúde mental – psiquiátrica (CARNIEL, 2008).

Em 1936, com a criação do Instituto de Psiquiatria e, mais tarde, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, percebeu-se que a atuação equivocada da psiquiatria se devia ao fato de que a saúde mental era concebida de forma errônea, por conta da desordem social e, principalmente, para atender interesses políticos e econômicos (CARNIEL, 2008).

Entre os anos 50 e 55, maiores avanços aconteceram e o atendimento psiquiátrico foi se tornando mais substancial com a inserção de novas unidades e formas de tratamento. A utilização dos fármacos também contribuiu para acabar com o uso da força física para com os pacientes, realizando um controle mais humano dos distúrbios mentais e, mais do que isso, tendo como principal objetivo a cura e a reabilitação desde paciente (SANTOS, 2004). Desde então, os processos de transformação na construção do novo modelo de saúde mental e atuação da psiquiatria acompanha as mudanças no contexto social e político do Brasil. Em 1960, com a inserção do atendimento psiquiátrico na lei através da previdência social houve um avanço. Nos anos 70, a saúde mental passou a ser responsabilidade da Divisão Nacional de Saúde Mental e, neste momento, tornou-se imprescindível para o tratamento psiquiátrico o desempenho de uma equipe multidisciplinar, o que já representou um crescente avanço na área, pois que:

Passou-se a requerer a atuação do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos auxiliares técnicos e de administração. Exigiu-se terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais e ambulatórios que trabalharam com equipe completa, ficando, no entanto, estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (SANTOS, 2004, p.67).

Essa representou uma medida bastante positiva, pois cuidou de envolver outros olhares, a partir de outros profissionais com o intuito de poder analisar cada enfermidade mental sob um prisma muito maior e abrangente, buscando soluções preventivas e capaz de minimizar os impactos que a doença mental traz para a vida das pessoas (BRITO, 2011).

Outro ponto de grande destaque ocorreu na década de 80, com a Reforma Psiquiátrica. Inspirada pelo Movimento de Reforma Sanitária, e protagonizado por diversos profissionais em várias áreas da medicina, sobretudo aqueles que trabalhavam especificamente na saúde mental; a reforma intenta desmistificar o conceito de doença mental e impulsionar medidas de inserção do sujeito portador de alguma enfermidade mental na sociedade,

dando-lhe propósito de vida, perspectiva de cura ou minimização dos efeitos que a doença pode trazer, enfim, promover uma assistência psiquiátrica mais humana (BRITO, 2011).

3. MÉTODO

A necessidade de compreender a realidade é uma inquietação antiga do ser humano, para atender esta inquietação a humanidade utilizou-se no decorrer da história dos diferentes tipos de conhecimento, seja ele, popular (senso comum), filosófico, religioso ou científico, os quais ainda vigoram na atualidade, sendo assim, cada conhecimento utiliza-se de uma ótica diferente para a compreensão da realidade (GIL, 2002).

O conhecimento científico é um conhecimento factual, que procura conhecer a realidade através da verificação dos fenômenos, a fim de organizar os resultados obtidos de maneira sistemática, formulando as teorias. No entanto, é um conhecimento não definitivo, é falível e aproximadamente exato, pois está suscetível de reformulações (LAKATOS e MARCONI, 2001).

A pesquisa, por sua vez, no seu sentido mais amplo, é, no entender de Pádua (2007, p. 31), toda atividade voltada para a solução de problemas; como atividade de busca, indagação, investigação, inquirição da realidade, é a atividade que nos vai permitir no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que nos auxiliem na compreensão dessa realidade e nos oriente em nossas ações.

Destarte, a pesquisa científica consiste em procedimentos necessários e que possuem grande valor para a transformação da sociedade, na medida em que procura solucionar os problemas da realidade humana no seu contexto histórico-sociológico (PÁDUA, 2007). Para tanto, “a pesquisa é desenvolvida mediante o concurso de conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos” (GIL, 2002, p. 17).

Embora exista a possibilidade dos diferentes tipos de conhecimento possuírem o mesmo objeto de estudo, a diferença principal entre estes consiste no método que cada um se utiliza na compreensão da realidade (RUIZ, 2002). Desse modo, o presente trabalho procura analisar aspectos dos princípios do conhecimento religioso (ou teológico) na educação e na sociedade percorrendo uma metodologia científica.

Para o conhecimento científico, “método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido” (LAKATOS e MARCONI, 2001, p. 83), para Lakatos e Marconi (2001), inclusive, não existe ciência sem a utilização de métodos científicos, mas a ciência não se reduz aos métodos, como afirma Ruiz (2002), cabe ao cientista um espírito talentoso, o que é a atribuição primordial para a qualidade da pesquisa.

Inserida dentro das diversas etapas do método, está a técnica (RUIZ, 2002), a qual consiste em “um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência, são também, a habilidade para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos” (LAKATOS e MARCONI, 2001, p. 222).

De acordo com as características até então descritas da pesquisa científica, o presente trabalho possui caráter exploratório por se tratar de um tema pouco discutido, no anseio de proporcionar maior diálogo sobre a problemática em que se insurge. Posto que a pesquisa exploratória:

[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002, p. 41).

Para tanto, este trabalho constitui-se exclusivamente em uma pesquisa a partir de fontes bibliográficas uma vez que esse tipo de pesquisa é típica do estudo exploratório, na análise de ideologias de forma não empírica, e indispensável em estudos históricos.

Segundo Ruiz (2002, p. 57) “qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige pesquisa bibliográfica prévia”. A pesquisa bibliográfica consiste no exame das produções humanas resguardadas em livros, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto (RUIZ, 2002). No entanto, a pesquisa puramente bibliográfica possui a vantagem de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 43).

A pesquisa bibliográfica foi procedida através de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa do material obtido, com a produção de fichas de apontamento (GIL, 2002). Tais medidas foram fundamentais para a efetivação da pesquisa, uma vez que contribuíram grandemente para a retenção das ideias principais do texto e sua compreensão, produzindo comentários e notas com um olhar crítico, como também transcrevendo citações, o que permitiu melhor organização das ideias. Para essas medidas sempre foram considerados o problema e o objetivo da pesquisa.

No primeiro momento foi identificada a relevância e a contribuição de determinado material para a pesquisa, em seguida, foram realizadas revisões bibliográficas em artigos eletrônicos, livros, manuais de consulta, textos complementares buscando um contexto a partir das décadas de 60 e 70 nos ensinamentos brasileiros. Ainda assim com um complemento de todo o processo de aprendizagem em visitas e participações de reuniões entre outros. Para uma explanação e um desdobramento do contexto atual, sobre todo o percurso e os enfrentamentos em todo o processo de chegada no seu lar.

Com isso objetiva esse trabalho apresentar elementos do contexto das reformas psiquiátricas e sanitárias, partindo para o processo de desinstitucionalização e o caminho até o recebimento da pessoa usuária do serviço psiquiátrico em sua casa, evidenciando-se as principais divergências e dificuldades nos centros de saúde mental, com o retorno dos portadores de transtorno mental para as famílias.

4. DISCUSSÃO

O histórico da saúde mental evidencia a complexa situação na qual estavam inseridos os portadores de transtornos mentais e demonstra a necessidade do movimento de reforma psiquiátrica, surgido no Brasil no final dos anos 70, pois não se podia perpetuar ainda mais a forma como eram tratadas as pessoas que eram portadoras de alguma enfermidade mental e os estigmas aos quais estavam sujeitos esses cidadãos.

A reforma psiquiátrica resulta como um movimento social uma vez que envolveu diversos segmentos da sociedade bem como a situação econômica e política do Brasil à época, envolvendo os movimentos populares, trabalhistas e educacionais que foram preponderantes para a eclosão do novo modelo de saúde mental (AMARANTE, 1994).

Busca-se, através da reforma, o fim do modelo de assistência à saúde mental pautado na internação e segregação do paciente; questiona-se as bases desse modelo repressivo-assistencialista que traz o doente mental como louco de toda espécie e, portanto, não- apto para a vida em sociedade (AMARANTE, 1994).

O ano-marco foi em 1978 quando aconteceu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que pretendeu lutar pelos direitos dos pacientes portadores de enfermidade mental, visando coibir as práticas de violência perpetradas até então. A situação era emergencial em virtude da situação fática que acontecia nesses hospitais-manicômios (BASAGLIA, 1985). Nas palavras de Machado:

A atenção psiquiátrica no Brasil se encontrava caótica mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialidade. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas especializadas (MACHADO apud VASCONCELOS, 1997, p. 36).

Nesta perspectiva, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental tem como essência modificar o viés de tratamento embasado na psiquiatria clássica que se alicerça no enclausuramento, tortura e a segregação, transformando a política de saúde mental vigente. A partir de então, os processos de transformação ganharam ênfase nacional a ponto de, em 1989, surgir a primeira iniciativa legal – Decreto Lei 3.657 – para tutelar os direitos inerentes a pessoa com doença mental, extirpando do seio social os manicômios e hospícios (AMARANTE, 1998).

Mais tarde, o Brasil assina a Declaração de Caracas e organiza a II Conferência Nacional de Saúde Mental e, ao tempo em que, a Organização Mundial da Saúde regulamenta por fim a política de proteção à saúde mental. Assim, diante das transformações e dos avanços na esfera federal, no que tange às leis elaboradas com o fito de proteção e preservação da saúde mental das pessoas, eis que, modificações endógenas também ocorrem para garantir *in loco* a legitimação desses direitos (GUIMARÃES, 2011).

Em 2001, promulga-se a Lei 10. 216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, redimensionando a Política Nacional de Saúde Mental, com vistas à superação do modelo hospitalocêntrico- assistencial para a instituição de uma rede de serviços diversa que

atenda às demandas dos portadores de doenças mentais, de forma intersetorial e abrangente, no intuito de potencializar a autonomia e a reinserção social (BRASIL 2001).

Dez anos mais tarde, em 2011, a Portaria nº. 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – embasada no modelo no Sistema Único de Saúde – SUS – que visa a ampliação do acesso do portador de doença mental aos serviços necessários ao restabelecimento de sua saúde, pautada no acolhimento, no acompanhamento contínuo, em prol da sua reinserção social, através da inclusão deste ao mercado de trabalho, como potencializador de práticas autônomas e emancipatórias (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – foi criada para atuar na Atenção Básica, na Atenção Psicossocial Estratégica (através dos Centros de Atendimento Psicossocial), na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório e na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), as iniciativas do Hospital - dia, bem como outras medidas de intervenção foram, senão, reflexo destas conquistas, objetivando modificar o olhar e o tratamento/atendimento às pessoas portadoras de enfermidades mentais.

A importância destes dispositivos legais e da regulamentação realizada pela Organização Mundial de Saúde é condição mister para a transformação nos ideais de saúde, especificamente da saúde mental, pois que possibilita o alargamento do conceito de saúde e, por via de consequência, o conceito e abrangência da própria enfermidade. Segundo Arouca:

[...] saúde não é simplesmente ausência de doença, não é simplesmente o fato de que num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer exame, não seja constatada doença alguma na pessoa. Para a Organização Mundial de Saúde, é mais do que isso: além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem estar físico, mental e social. [...] Não é simplesmente não estar doente, é mais: é bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrario, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade organização e autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto aquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo, como

aconteceu, infelizmente, na última década, na América Latina e continua a acontecer em alguns países (1987, p.36).

Destarte, a saúde não é o inverso da doença considerada, mas um estado de realização do ser humano no qual é possível o seu desenvolvimento. Trata-se de um conjunto de bens que são condições para a efetivação da qualidade de vida dos cidadãos e não por outro motivo deve ser, conforme preconiza a Constituição Federal brasileira, direito de todos indistintamente e dever do Estado promovê-la (BRASIL, 1988).

Com a mudança na concepção paradigmática do conceito de saúde, o novo modelo de atuação junto aos portadores de enfermidade mental deve se centrar “na integralidade das ações, prevenção, promoção e recuperação da saúde”(CASTAMAM, 2004, p.105), de modo que a assistência a estas pessoas se efetivem observando-se as intervenções positivas para o paciente, com ênfase na prevenção e levando-se em consideração as idiossincrasias e particularidades de cada paciente.

Enfim, muitos foram os avanços conquistados desde o modelo clássico de psiquiatria pautado no enclausuramento e segregação social, até a consolidação de práticas preventivas e de tratamento diferenciado aos pacientes, visando o restabelecimento da saúde mental, como forma de corporificar o conceito-base de saúde, qual seja, o desenvolvimento pleno do cidadão e a promoção de sua qualidade de vida.

O fato é que, na prática, o portador de transtorno mental necessita de apoio e acompanhamento do seu núcleo familiar e de uma equipe de profissionais que possa auxiliá-lo no tratamento de sua doença de forma humanizadora e digna, valorando aspectos do âmbito social e emocional destes. No que diz respeito à família, é importante fazer um acompanhamento ao núcleo familiar pois que, muito comumente, quadros de rejeição se instaura nas relações familiares com o doente mental que prejudicam sensivelmente o avanço do tratamento.

Segundo uma pesquisa, (GOMES, 2004) o movimento de desinstitucionalização, apresenta uma demanda de três esferas importantes: a diminuição das admissões hospitalares, a desospitalização de pacientes internados por longos períodos e a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade. Tais iniciativas são de extrema importância para promover a reinserção do paciente à comunidade e resgatar a sua dignidade e autonomia.

Não por acaso, surge o “Programa de Volta Para Casa” do Governo Federal, instituído pela Lei Federal 10.708 de 31 de Julho de 2003, que propõe o auxílio-reabilitação psicossocial aos pacientes que permaneceram em instituições psiquiátricas por um longo período de tempo (BRASIL, 2003).

Através do Programa intenta-se a reinserção do indivíduo/paciente à sociedade, dando-lhe condições de conviver socialmente e, ao mesmo tempo, contar com um recurso destinado ao acesso a políticas assistenciais que promovam o bem estar e também desenvolva a autonomia, o exercício da cidadania, coibindo a dependência institucional (BRASIL, 2003).

Todas as iniciativas oriundas desde a Reforma Psiquiátrica se consolidam como marco inicial do processo de desinstitucionalização e desospitalização do portador de transtorno mental, no intuito de transformar os paradigmas existentes no Brasil acerca da Saúde Mental, amparando-se, sobretudo, no que preconiza a Constituição Federal que institui a Dignidade Humana como um Direito Fundamental a que todos, sem distinção, devem ter acesso e, desse modo, a humanização dos processos terapêuticos em relação às enfermidades e transtornos mentais deve ser imperativa, em prol de uma sociedade justa, igualitária e cidadã.

5. CONCLUSÃO

Ao longo de muito tempo, o doente mental era encarado como uma não-pessoa, ou seja, um indivíduo que não merecia estar e partilhar do convívio social. Fosse pela família – que, muitas vezes, sentia-se envergonhada e optava pela enclausuramento – ou mesmo pelo Estado que, para atender as suas pontuais necessidades econômicas e políticas, organizava-se para manter os portadores de doenças mentais segregados e marginalizados socialmente.

Os avanços no contexto social brasileiro, as lutas e os movimentos sociais de repulsa a essa concepção manicomial e hospícios que funcionavam como cárceres foram condições mister para promover a inclusão social do doente mental. Bem por isso, vários dispositivos legais foram pensados para tutelar o direito desses cidadãos e garantir-lhes o respeito a sua dignidade.

As lutas foram árduas, sobretudo em um contexto capitalista no qual se vale o que se tem ou o que se pode conseguir levando-se em consideração a força de trabalho e a produtividade. Esse período de coisificação do ser humano contribuiu para disseminar a ideia de que toda deficiência deveria ser resolvida com a apartação do seu portador das decisões da vida coletiva e, por conseguinte, do cotidiano das relações humanas.

Destarte, foi com a promulgação de leis, ocasionada pela pressão dos movimentos sociais que se conseguiu desmistificar a ideia e o estigma do doente mental, a priori. Indubitavelmente, não podemos falar em total aceitação e tolerância posto que somos fruto de uma sociedade discriminatória, o que, de certo modo, agrava a complexidade do problema.

No entanto, a Declaração dos Direitos do Homem, a Constituição Federal de 1988, as Conferências e os Encontros Nacionais de Saúde Mental promoveram mudanças significativas em prol da garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e se constituiu como uma mola propulsora da igualdade de direitos a todas às pessoas sem distinção de qualquer natureza.

A Luta Antimanicomial nasce profundamente marcada pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania e é justamente com esse objetivo que a Reforma psiquiátrica busca modificar a estrutura de tratamento nos manicômios, reestruturando os serviços a partir de estratégias territoriais e comunitárias, pois a lógica que se operava nesses espaços, traduzia em um tratamento de apagamento do sujeito que sofria de transtornos mentais, inclusive usando de violência e outros métodos que se distanciavam de um cuidado em saúde para aqueles que sofriam de algum transtorno mental.

A reforma sanitária no Brasil, que tem fundamentos ligados a movimentos representativos pelos profissionais de saúde, usuários e lideranças populares em luta conjunta para uma reestruturação do Sistema Único de Saúde, e a VII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, deram origem a propostas de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação do portador no âmbito da Saúde Mental.

Com a criação da Portaria MS nº 308/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma rede integradora no âmbito do SUS para pessoas com sofrimentos ou transtorno mental, visando ampliar e desenvolver melhor acesso da comunidade, de

maneira clara para garantir à articulação e integração dos locais de atendimentos na atenção à saúde, almeja-se acolher e acompanhar de uma forma contínua os usuários.

Destarte, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos, pacientes e membros das comunidades para que a RAPS fosse integrada a outros setores, através de uma rede intersetorial e multiprofissional, com o propósito de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento e em seu processo de reconstrução, e reabilitação social.

Nesse contexto, os novos serviços do processo da reforma psiquiátrica brasileira, o serviço de residência terapêutica (SRT) vinculado aos centros de atenção psicossocial (CAPS) representaram um grande avanço para a substituição dos leitos psiquiátricos, buscando-se minimizar as longas durações de internações psiquiátricas, estabelecendo-se uma equipe multiprofissional com ênfase na saúde mental.

O fato é que, diante da consolidação de um Estado Democrático de Direito, não se pode permitir que a exclusão seja perpetrada minorias, dentre elas, os portadores de transtornos mentais, porquanto estes são sujeitos de direitos e devem ter a sua dignidade preservada. Por outro lado, é necessário um trabalho de conscientização para que a lei não represente apenas um amontoado de letras sem efetividade prática, isto é, é preciso lutar para que a legitimação dos direitos garantidos nos dispositivos legais esteja presentes nas práticas profissionais.

Ademais, é preciso conscientizar a sociedade de que os portadores de transtornos mentais devem ser reinseridos na tessitura social, num processo de responsabilização não apenas do Estado, mas da comunidade e das famílias, compreendendo-se que a desinstitucionalização são necessárias para a convivência e participação social do usuário.

É preciso, nesse sentido, respeitar as diferenças já que não se pretende uniformizar as pessoas na percepção que somos fruto de uma sociedade homogênea, revitalizando a dicotômica relação entre pessoas intituladas de “normais” e “anormais”. Consolidar a igualdade é também respeitar as diferenças, preservando as subjetividades humanas e, assim, o respeito aos portadores de transtornos mentais é a principal meta, como forma de

valorizar as suas habilidades, possibilitar a convivência familiar e social, condições necessárias ao exercício pleno da cidadania e afirmação da dignidade humana.

6. REFERÊNCIAS

AFLEN, M. **Serviço Social na Saúde Mental: Trajetória Histórica e Produção de Conhecimento**. Florianópolis: Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

ALVES, Paulo André de Lacerda. **Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

AROUCA, A. S. da S. **Democracia é Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de Documentos do Ministério da Saúde, 1987.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003a**, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas 103 (Programa De Volta Para Casa). Diário Oficial da União, 2003.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm . Acesso em: 15 Ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 3.088 de 23/12/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.216 de 3 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. Brasília, DF. 2001.

BRITO, Emanuele Seicenti de. **O direito humano à saúde mental: compreensão dos profissionais da área**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CASTAMANN, D. **As Reformas no Brasil**. In: SIMIONATO, I. e NOGUEIRA, V. M. R. et al, Orgs. Dilemas do Mercosul: Reformas do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

CARNIEL, Aline Cristina Dadalte. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CORREIA JÚNIOR, R. **O Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais no Brasil – De Legalização da Exclusão à Dignidade Humana**. Revista Dir. sanit., São Paulo v.15 n.1, p. 40-60, mar./jun. 2014.

FOUCAULT, Michael. **A história da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, V de O. **O desafio da desinstitucionalização no contexto de políticas neoliberais: um estudo sobre a implantação de serviços residenciais públicos em saúde mental**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Serviço Social, UERJ, 2004.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teóricoprática**. 13. ed. Campinas: Papyrus, 2007.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 5 ed. SP: Atlas, 2002.

SADIGURSKY, D. TAVARES, J. L. **Algumas Considerações sobre o Processo de Desinstitucionalização**. Revista Latino-Am Enfermagem, vol.6 no.2 Ribeirão Preto, 1998.

SANTOS, Marcos André Couto. Transtornos mentais e dignidade da pessoa humana. In: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de (Org.). **Saúde mental e o direito**. São Paulo: Método. 2004.

SANTOS, N. A. G. **Do hospício a comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 1992.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do Hospício à Comunidade: Mudança sim, Negligência não**. ed. SEGRAC, Belo Horizonte, 1997.