

FACULDADE LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BÁRBARA ELYNNE SILVA SANTOS

**SAÚDE MENTAL E REINSERÇÃO/REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: O  
PAPEL DO CAPS**

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2011

BÁRBARA ELYNNE SILVA SANTOS

**SAÚDE MENTAL E REINSERÇÃO/REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: O  
PAPEL DO CAPS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a coordenação de Psicologia da Faculdade Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Esp. Leda Mendes Pinheiro

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2011

## SAÚDE MENTAL E REINserÇÃO/REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: O PAPEL DO CAPS

Barbara Elyne Silva Santos<sup>1</sup>  
Leda Mendes Pinheiro<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo insere-se na intenção de análise qualitativa de pesquisa, cujo objetivo foi explicar a importância dos Centros de Atenção Psicossocial no papel de reinserção/reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. A reabilitação configura-se como conjunto de práticas direcionadas a permitir a recuperação da habilidade de gerar sentido, sendo capaz de devolver o exercício de cidadania, criando vínculos da pessoa que requer atenção com o serviço que a auxilia, com a tarefa de possibilitar a pessoa em sofrimento psíquico uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade. Fez-se uma revisão bibliográfica de artigos científicos que abordaram a temática “desinstitucionalização”, “reabilitação psicossocial” procurando expor uma análise destinada a contribuir perante o exercício profissional em Saúde Mental. Identificou-se que a reabilitação é vista como processo complexo que enfrenta limitações diferentes para a solidificação de seus objetivos, e que as modificações advindas na assistência requerem, de cada profissional, novos modos de ver e lidar com a pessoa em sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Reinserção. Reabilitação. CAPS. Saúde Mental.

### ABSTRACT

This study is part of the intent of qualitative research, whose objective was to explain the importance of community mental health services in the role of rehabilitation / psychosocial rehabilitation of the mentally ill. Rehabilitation is configured as a set of tactics aimed at allowing the recovery of the ability to create meaning, being able to return the exercise of citizenship, creating bonds of person who needs attention with the service that assists with the task of enabling the person psychological distress in a better restructuring of autonomy in their roles in the community. There was a literature review of scientific articles that addressed the theme of "desinstitutionalization", "psychosocial rehabilitation" seeking to expose an analysis to contribute to the mental health professional. It was found that rehabilitation is seen as a complex process facing different limitations for the solidification of its objectives, and that the resulting modifications require the assistance of each employee and new ways of seeing and dealing with the person with mental disorder.

**Keywords:** Rehabilitation. Rehabilitation. CAPS. Mental Health.

---

<sup>1</sup> Discente do 10º semestre do Curso de Psicologia da Faculdade Leão Sampaio. E-mail: barabaraelyne@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Leão Sampaio. E-mail: ledampinheiro@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo visa abordar o papel do CAPS na reinserção e reabilitação de pessoas que sofrem com transtornos mentais, explanando a importância desses centros na reintrodução desses pacientes ao convívio social, pois, segundo o Ministério da Saúde (2004), esse tipo de serviço foi criado com a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica. A meta principal é incitar a relação social e familiar de pessoas com transtornos mentais por meio do acolhimento e da oferta de serviços como atendimento psicológico e médico, assim como o apoio em ações que procuram estimular a autonomia de seus usuários, tendo como principal atributo reinseri-los no seu meio social e cultural.

Uma vez que este dispositivo foi implementado a partir dessa Reforma, faz-se necessária uma breve revisão das mudanças ocorridas no contexto da psiquiatria nacional. De acordo com Amarante (2001), esta reforma iniciou-se no Brasil versada como 'luta antimanicomial', mediante a contestação a respeito do fim dos hospícios e da terapêutica fora dos hospitais.

Em meio à polêmica pós-modernidade, onde a desinstitucionalização em psiquiatria/saúde mental apoiava um novo projeto terapêutico que envolvesse a reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico, foi iniciado pelos trabalhadores de saúde mental, o Movimento de Luta Antimanicomial, quando movimentaram familiares e usuários de serviços psiquiátricos no Brasil. (Kantorski et. al., 2011).

A reforma psiquiátrica nasceu da análise do modo de tratar o portador de transtorno mental centrado no hospital, nos moldes manicomiais, implicando na invenção de novas ferramentas capazes de lidar com a loucura, mas, proporcionando a esses pacientes uma liberdade assistida. Antes, tal sujeito com sofrimento psíquico era taxado como portador de uma doença mental, rotulada, então, com uma enfermidade severa. (Amarante, 1998; Bezerra Junior & Amarante, 1992; Desviat, 1999)

De acordo com Furtado (2006), os empenhos para ir além de uma terapêutica baseada na internação, como a melhor maneira de tratar o doente,

precisa provocar uma construção, consolidação e acrescentar atuações e aparelhos capazes de substituir o método de internamento.

Para inverter a história da psiquiatria no Brasil foram de suma importância as idéias de Franco Basaglia e Roberto Tykanori, os movimentos como o dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro, a Reforma Sanitária, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Intervenção na Casa De Saúde Anchieta em Santos-SP, e, o Projeto de Lei Paulo Delgado os quais constituíram marcos da reforma psiquiátrica no país. Acontecimentos como estes admitem afirmar que a atenção em Saúde Mental vem passando por modificações significativas, criando instrumentos que permitam o processo de desospitalização.

Neste trabalho não se almeja explorar exaustivamente estes marcos históricos, mas, avaliar se esses instrumentos substitutivos, criados a partir do momento em que foi possível o redimensionamento do olhar dirigido à loucura, estão respondendo às cobranças de um serviço público que lida com a singularidade, com uma efetiva e eficaz atividade de desinstitucionalização reinserindo socialmente o portador de transtorno mental.

Diante do proposto pelo trabalho cabe se remeter às acepções dos termos Saúde Mental e desinstitucionalização, assim como, indagar se o CAPS realmente é um serviço substitutivo capaz de reabilitar e reinserir socialmente, ou é apenas um serviço subsidiário ao complexo hospitalar neste tratamento. O alicerce do presente trabalho é uma visão global realizada a partir da literatura bibliográfica onde foram coletas as informações, principalmente, utilizando livros e material disponibilizado na Internet nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), artigos de periódicos, assim como, documentos normativos emitidos pelo Ministério da Saúde referentes à política de saúde mental. Considerando, ainda, os embasamentos teóricos de: Amarante e Lancetti. Segundo Marconi & Lakatos (1989, p. 57-58), a pesquisa bibliográfica tem como finalidade "colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito [...] sobre determinado assunto".

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 Reforma Psiquiátrica e o contexto do surgimento do CAPS

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) foi no ano de 1978 que se iniciou efetivamente em nosso país o movimento social pelos direitos da pessoa com sofrimento psíquico. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um acontecimento plural constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e indivíduos ativos com extenso histórico de internamentos psiquiátricos. É, neste período, neste Movimento e, por meio de vários palcos de luta, que decorre a construção da denúncia a supremacia de uma rede privada de assistência, contra o abuso manicomial, onde se mercantilizava a loucura, construindo-se uma crítica ao denominado saber psiquiátrico ao arquétipo hospitalocêntrico. Essa inspiração veio do conhecimento italiano de desinstitucionalização em psiquiatria e de seu julgamento do tratamento manicomial, que expõe a possibilidade de romper com os velhos modelos de tratar a pessoa com sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde (2005) coloca que:

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é inscrito num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, 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. (Ministério da Saúde, 2005, p.6)

Foi em 1989 que se iniciaram as ações do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, dando-se entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, alvitando a regulamentação dos direitos do indivíduo com sofrimento psíquico e a diminuição gradativa das atividades dos hospitais psiquiátricos no país. É a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, infundidos pelo Projeto de Lei

Paulo Delgado, que obtêm aprovação em diversos estados brasileiros as primeiras leis que resolvem substituir progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É, somente em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada. E, em 90, por meio da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando o implante de serviços diários de atenção, organizados a partir das experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos. (Ministério da Saúde, 2005).

Como profere o Ministério da Saúde (2004):

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. (Ministério da Saúde, 2004, p.12)

As experiências pioneiras com CAPS e NAPS, assim como os Hospitais-dia foram de suma importância para que houvesse a regulamentação desses serviços substitutivos, mudando a maneira de como eram tratadas as pessoas com sofrimento psíquico, pois, concomitante à criação desse serviço, segundo Lancetti (2008), se deu início à intervenção na Casa de Saúde Anchieta que começou em 1989, com o seu fechamento em 1994. Assim, foi possível perceber que os pacientes mudavam ao transpor a porta desse hospício, que as saídas e entradas, as andanças pela cidade construía novos settings altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania. O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o hospício, a organização dos espaços tempo, são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem.

Ainda, segundo Lancetti (2008), as idéias revolucionárias do psiquiatra italiano, Roberto Tykanori, foram de suma importância para o progresso da reforma psiquiátrica brasileira, onde sua união com o secretário de saúde da cidade de Bauru, David Capistrano filho, contribuiu para este avanço, criando o primeiro serviço “substitutivo”: o Núcleo De Atenção Psicossocial em Bauru, fundado em 1986 e dirigido por Tykanori.

Por meio da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no término do ano de 2001, com vasto envolvimento dos movimentos sociais, contendo a participação de usuários e de seus familiares, que se proveu, na melhor reminiscência do Sistema Único de Saúde, os fundamentos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil nos derradeiros anos. Como resultado da pactuação e da articulação das diretrizes propostas por meio III Conferência, ficou estabelecida uma instância democrática e articulada de gestão pública deste processo, com o dever de debater os desafios e progressos do processo de modificação do modelo de atenção à saúde mental em cada um dos estados brasileiros. (Ministério da Saúde, 2007)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007), a decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública. As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e o caráter estratégico destes serviços, que têm atribuições intransferíveis, fundaram, no entanto, a decisão política por uma rede CAPS de gestão pública. A partir de 2003, apenas CAPS públicos (em sua quase totalidade municipal) foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os governos municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos existentes há mais tempo na rede e que prestassem atendimento relevante. Hoje, 98,6% dos Caps da rede são públicos.

Como foi proferido, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira foi conscrito num contexto internacional, onde, segundo Lancetti (2008) importantes institucionalistas de várias partes do mundo se reuniram no Brasil, entre eles, o italiano Franco Basaglia, propondo o processo de desinstitucionalização que espalhou suas opiniões de uma psiquiatria democrática por distintas cidades brasileiras.

## **2.2 Desinstitucionalização**

Conforme Amarante (1994), a proposta de Basaglia de transformar a ordem institucional, se dá fundamentalmente, a partir de uma nova criação de

um sistema de idéias, mudança na postura de intelectuais e técnicos. A partir do processo de desinstitucionalização que compõe os diversos meios de cuidado com o indivíduo em seu modo de existir, onde a clínica trocaria o retraimento terapêutico transformando-se em invenção de possibilidades, criação de subjetividades, onde o indivíduo segregado, objeto de observação da loucura, finalmente, torna-se sujeito.

Segundo Alvarenga e Dimenstein (2005), desinstitucionalizar é um processo infinito, sem padrão, que deve ser recriado ininterruptamente, como uma tarefa diária que necessita ponderações críticas sobre os valores que enfraquecem a existência e repetem a exclusão existente no meio social no qual somos inseridos.

A proposta de desinstitucionalização não se deve confundir com medidas de desospitalização, uma vez que vai muito além da mera extinção do aparato hospitalar. Para Rotelli et. al. (2001), o processo de desospitalização é relativo a políticas de altas hospitalares, diminuição de leitos hospitalares e fechamento de hospitais psiquiátricos. O processo de desinstitucionalização é um trabalho prático de transformações, não sendo a terapia simplesmente compreendida como a perseguição da solução-cura, mas, um conjunto diário de elementos lógicos e estratégicos, rejeitando a noção de normalidade plenamente restabelecida, não renunciando o tratamento e o cuidado, mas sim, possibilitando uma mudança no conjunto das ações e interações na instituição afim.

Assim, não se trata apenas eliminar o aparato hospitalar, mas, de acordo com as idéias do novo paradigma proposto por Basaglia, deve-se modificar a maneira em que as pessoas são tratadas. A desinstitucionalização em comento é, em princípio, um tratamento terapêutico voltado para a reconstituição do indivíduo utilizando o sistema institucional como capaz de transformar o problema, não sendo a efetividade da cura, mas, a produção de sociabilidade do paciente como meio direcionado à melhora perseguida, fora do regime de internação manicomial direto.

A instituição nesta acepção, segundo Rotelli et. al. (2001):

É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de código de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto "doença". Mas se o objeto ao invés de ser doença,

torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (Rotelli et. al., 2001, p.30)

### **2.3 Reabilitação**

Cabe aqui a indagação do que é ser mentalmente saudável, e como as pessoas devem funcionar para que sejam aceitas socialmente.

Como é notória, a reinserção da pessoa com transtorno mental em seu meio social é uma consideração tecida no interior do movimento psiquiátrico. Segundo Pitta (1996), hoje em dia, de acordo com a sugestão da reforma psiquiátrica de desinstitucionalizar, inserindo a pessoa com transtorno mental em seu território, a reabilitação é apreendida como ação facilitadora da autonomia dessas pessoas vistas como portadoras de restrições. A ação compreendida como capaz de lhes proporcionar o desenvolvimento do seu papel social; ser alguém com voz; autônomo; e, capaz de tomar decisões. Mas, outrora, foi entendida tão somente como a capacidade de o sujeito voltar a sua conjuntura precedente tida como normal, ou seja, a convivência em seu meio e ao seu trabalho.

De acordo com as palavras de Pitta (1996), a pessoa em sofrimento psíquico apresenta um novo modo interagir com o mundo. Fazer referência a pessoas com transtornos mentais como loucos é classificar e condenar um indivíduo e, isto, resulta em efeito negativo contra a pessoa, de modo que esta passa a se sentir inútil e passa a construir uma imagem negativa de si mesmo, por não ser mais o que era antes, não realizar as mesmas atividades e, acreditar que este novo modo de ser é anormal com relação aos meios social e familiar.

De acordo com a história, a segregação e o preconceito para com o portador de transtorno mental foram vastamente disseminados pelos manicômios, contribuindo para a perda do valor social do paciente. (Jorge et. al., 2006). Segundo Chauí (2000), por uma sociedade em ordem e tranqüila, as inclusões tornam-se rejeitáveis, a desordem insuportável, e a sociedade usa

distintos meios para oprimir e abandonar aqueles tidos como anormais do campo social.

Pois, como afirmam Lancetti e Amarante (2009), a expressão “mente saudável” encerra uma figura bastante complexa e complicada de se definir sua real estrutura, pois é transcorrida por diversas variáveis, onde em cada meio social, em cada meio cultural, em cada época, existe a questão ideológica do que se é saúde, do que se é normal. Conforme Canguilhem (1943), o fenômeno patológico é capaz de ser considerado apenas em uma relação, onde o sujeito, em determinada circunstância ou meio, poderia ser considerado normal, e anormal em outro momento. A norma pode variar com o passar do tempo, sendo ela algo singular e, portanto, certas irregularidades particulares não são basicamente indicadores patológicos. Camguilhem institui que saúde e doença são naturais. Indicam normas de vida onde a primeira é superior e a segunda inferior. Ser saudável sugere ter capacidade de seguir uma mudança. O patológico é a incapacidade de transformação.

Assim sendo, é imprescindível que transformemos nossas considerações sobre o conceito de loucura e transponhamos a ver o modo de ser do portador de transtorno mental como indivíduos padecentes, possibilitando sua sociabilidade. (Jorge et. al., 2006)

## **2.4 Papel do CAPS**

Como é manifesto, o CAPS nasce de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência, sendo ferramenta substitutiva ao tratamento centrado no manicômio. Deste modo, este serviço surgiu devido às queixas ao tratamento psiquiátrico atado no protótipo clínico, passando a ver que a melhor forma de se tratar pessoas que sofrem de transtornos mentais seria por meio da desospitalização, promovendo de alguma forma sua inserção ao convívio social, centrando o tratamento no mesmo território. (Brasil, 2005)

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o território é um espaço de referência para indivíduos que sofrem com transtornos mentais, cuja

austeridade e persistência explicam na sua duração, num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e agente causador de vida.

Como profere o Ministério da Saúde (2004), é dever do CAPS realizar um trabalho terapêutico através de uma atmosfera facilitadora e acolhedora, com atendimento personalizado, respeitando as peculiaridades de cada usuário do serviço e, envolvendo várias modalidades, como o Atendimento Intensivo que é diário, destinado aos usuários que necessitam de atenção permanente em casos de crise, com grave sofrimento psíquico e dificuldades de conviver socialmente e no âmbito familiar. Há o Semi-Intensivo, que é destinado quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário atenuaram, mas, ainda precisa do cuidado da equipe para se estruturar e restabelecer sua autonomia. Também o Não-Intensivo, destinado aos usuários que, embora sob o tratamento, não necessitam de apoio permanente da equipe para conviver em seu meio social e desempenhar suas atividades.

Existem cinco tipos de CAPS: CAPS I- funciona de segunda a sexta-feira, da manhã à tarde, em municípios que tem entre 20 e 70 mil habitantes; CAPS II- semelhantes aos CAPS I, com equipe maior e funcionam em cidades de pequeno e médio porte; CAPS III, com serviços de maior porte, que funcionam 24 horas, todos os dias da semana, com um pequeno número de leitos para permanência noturna de pacientes; CAPSi, destinados a população infanto-juvenil, têm o mesmo porte do CAPS II, e CAPS-AD. (Brasil, 2004)

Como afirma Silva (1999) a maior parte das instalações desses centros são em casas, agradavelmente acolhedoras e antagônicas as instalações hospitalares psiquiátricas que, em maior parte, aparentam lugares pouco acolhedores. Têm um modelo organizacional que norteia o seu funcionamento, mas, cada um tem suas peculiares, decorrentes da história de sua criação e do contexto em que estão introduzidos. Cada centro tem uma equipe profissional multidisciplinar, que deve ser apropriada para atender às necessidades do usuário, composta por assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, professor de música, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, estagiários, artesão, cozinheiros, faxineiros e vigias.

Considerando a atual política de saúde mental do Ministério da Saúde (2004), o CAPS não é o único serviço de atenção em saúde mental, mas é um

dispositivo estratégico aparelhado de uma rede cuidados, onde contidos nesta rede encontra-se a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência entre outros.

Conforme Zambenedetti e Silva (2008):

... a lei 8.080, o SUS propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade. A reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, vem defendendo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental. Consta-se, portanto, que a noção de rede constitui-se em um importante operador conceitual em ambos os campos. (Zambenedetti e Silva, 2008, p. 132)

Os novos dispositivos propostos pela reforma psiquiátrica devem estar articulados na rede de serviços de saúde, porquanto, necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. (Brasil, 2004)

Assim funcionando, os núcleos para intervêm em situações de crise com o serviço social que distribui subsídios, com o ambulatório que distribui medicamentos, com o núcleo de psicoterapia etc. Essa subdivisão macroscópica se consolidou como uma absoluta compartimentalização e carência de relações entre estes múltiplos tipos de serviço, que terminaram se separando uns dos outros e articulando-se em uma posterior especialização. Tal difusão de especializações, os serviços postos à disposição do contingente de necessitados pode gerar uma falta de respostas aos problemas e sofrimento daqueles em abandono direto ou indireto. (Rotelli et. al., 2001)

De acordo com Nunes et. al. (2008) a rotina do CAPS, a relação com os usuários, e a qualidade dessa relação entre os vários atores que o freqüentam, o ambiente de afetividade, teorias, saberes, conceitos e técnicas de cuidado, deveria ganhar maior transparência nas instituições de saúde mental. É, de maneira inquestionável, que esta é uma instituição que se compõe como “fonte de vida” para esses usuários que a freqüentam. Deve-se levar em consideração à integralidade do sujeito e à interdisciplinaridade do cuidado, pois, o limitado diálogo interprofissional evita um legítimo exercício interdisciplinar, conservando a configuração da sobreposição de saberes. O

cuidado exige dos cuidadores conhecimento técnico e comprometimento sócio-político, habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade com a vida de cada pessoa que o busca.

O conceito de modelo assistencial, ou modo de atenção, como aludido por Costa-Rosa (2002) e Costa- Rosa et. al. (2003) apud, Freire et. al. (2005), implica na construção de novas formas de intervenção, de relações e de conceitos, na medida em que “não se trata mais de uma clínica do olhar, mas, da escuta ou do ‘olhar’ que ver além do sintoma” (Costa -Rosa et al, 2003:30). Como o modo psicossocial se insere no campo sociocultural, este se traduz em uma via de atuação que permite trabalhar com as diversas partes da sociedade. É desta forma que este novo paradigma vem se formando em uma estratégia de atuação em saúde mental e, propõe-se a funcionar, efetivamente, como substitutivos ao modelo manicomial.

Como deve ser centrado na comunidade exige-se ser um serviço que empregue os recursos comunitários, pois, a reconstrução dos vínculos sociais, familiares e comunitários é que vão possibilitar sua autonomia. Assim, o CAPS não deve ser um espaço de dependência do usuário, aonde a reinserção venha a acontecer a partir dele, mas sempre em direção à comunidade. (Ministério da Saúde, 2004). Uma vez que, em múltiplos trabalhos (MERHY et al, 2002) expõem o problema de institucionalização dos CAPS e no cultivo de cronicidades que se expressam na retenção de usuários.

## **2.5 Saúde Mental e sua interface com o SUS**

Segundo Lancetti e Amarante, (2009), para se conhecer o significado do que é saúde mental cabe se remeter as origens da psiquiatria no Brasil.

Conforme o Ministério da Saúde (2005), a reforma psiquiátrica no Brasil aconteceu concomitante ao movimento sanitário, este movimento propondo uma reformulação radical da assistência, com a criação de um Sistema Único de Saúde. A Reforma Psiquiátrica, então, avançou ainda mais, ultrapassou o campo de reformulação da assistência como um processo meramente técnico e propôs uma mudança de paradigma. Proporcionando, não apenas, que a

população de uma determinada região tenha acesso a serviços de saúde, mas, abriu um leque de benefícios diretos. E, para beneficiar-se de um novo modelo de assistência, trouxe à tona um debate muito mais amplo, que diz respeito aos mecanismos socialmente produzidos: como a medicina; o controle da subjetividade; do adoecer; e, de outras experiências humanas, saberes estes, perpassados por interesses político-econômicos. Como mostra Amarante (2001), a questão da saúde mental inserida no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção, todos influenciados pelo movimento da reforma psiquiátrica

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal às ações e serviços de saúde - público e gratuito – e se integram em uma rede regionalizada e hierarquizada cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes. A equidade, como princípio mais relevante, veio junto, visando ao poder/dever governamental atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças. A descentralização dos recursos de saúde, baseado no art. 198 da CF/88, veio a garantir recursos financeiros para sua manutenção, cuidado de boa qualidade e o mais próximo dos usuários que dele necessitam. O controle social exercido pelos Conselhos de Saúde - nacional, estaduais e municipais – mediante a representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras, impõem a garantia de efetividade de funcionamento. (Ministério da Saúde, 2004)

Assim, falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por espectro inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se encruzam em torno do campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história, para citar alguns (Lancetti e Amarante, 2009).

Portanto, como afirma o Ministério da saúde (2005) a reforma sanitária proporcionou apenas uma modificação de elementos técnicos como o acesso aos serviços de saúde, onde a Reforma Psiquiátrica causou um debate muito mais revolvido sobre as construções sociais, como: o saber médico, o adoecimento e a gerência da singularidade. Saúde mental, neste sentido, hoje

se compõe como sendo ações comprometidas com as diferentes formas de cuidado com o sujeito, onde este é visto como um todo, encarando-o num ponto de vista holístico. Um ser que tem uma cultura, possui uma história de vida e, não simples ações que enxerguem apenas o biológico, situadas somente no campo da patologia.

Para que seja posto em prática a questão do cuidado em saúde mental, faz-se necessário a utilização das tecnologias leves. Para Merhy (1997), o trabalho em saúde, ocorre quando se utiliza três tipos de tecnologias: as duras que são os aparelhamentos, as máquinas, as regras organizacionais e os medicamentos; as leve-duras que diz respeito ao conhecimento bem estruturado como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise; e, as tecnologias leves, aquelas pautadas como o vínculo entre o trabalhador e o usuário, que proporcionam produção de autonomização e acolhimento, procurando enxergar o sujeito como um todo.

Assim, pode-se afirmar de acordo com as palavras do Ministério da saúde (2005), tanto o movimento da Reforma Sanitária quanto o da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes que vislumbram a construção de formas mais humanas e mais acolhedoras de se pensar e de se promover saúde, implicando a elaboração de novos modos de atenção que contemple essa perspectiva de forma mais ampliada e eficaz quanto aos resultados esperados.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Visto que, nas derradeiras décadas a assistência em psiquiatria vem se transformando, o arquétipo clássico anteriormente vivenciado vem incorporando outros serviços substitutivos como o CAPS, que objetivam o atendimento direto na comunidade, tentando romper com o modelo de coação. Nestes novos serviços, o cuidado exige que os profissionais tenham uma atitude técnico-política, que movimente e compreenda a comunidade, seu território e sua carência. Para isso, precisa existir também uma maior responsabilização das pessoas que envolvem a comunidade, dos usuários do serviço e de seus familiares, com a intenção de estabelecer com elas uma

qualidade de vida mais satisfatória, interagindo contra estas circunstâncias localizadas.

Neste trabalho procuramos investigar o desafio da atual política de saúde mental na tarefa de reinserção socialmente dos portadores de transtornos mentais, através de dispositivo CAPS, aquele aparelhos idealizado pelo Ministério da Saúde, com forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes e, promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio.

De acordo com Rotelli et. al (2001), entre os aparelhos substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica e os mecanismos de internamento permanente há uma complementariedade, uma reciprocidade, onde o modelo segregatório de internamento estático foi trocado pelo modelo circular, dinâmico com aparelhos especializados e particularizados. Esta rede sustenta os problemas dos usuários do serviço e os cronifica, pois passam a circular pelo serviço sem construir um vínculo estável, retornando constantemente aos lugares de internação.

Por essa razão podemos constatar que este dispositivo propicia uma “assistência partida”, sem a constituição de vínculos, entre a pessoa com sofrimento psíquico e os profissionais de saúde. O usuário não tem que perambular a procura de algum tipo assistência quando em situação de crise, onde os efeitos da falta de vínculo são ainda piores, implicando no encaminhamento para um serviço em que, tanto as pessoas quanto o lugar, são alheios ao usuário. Esta modificação da organização do sistema de saúde mental desfez a dominação do modelo segregatório enquanto único meio de assistência em resposta ao sofrimento psíquico. Assim, foi formado um “filtro” contra a hospitalização, mas, não contribuindo para o aniquilamento das internações psiquiátricas, estas que continuam a existir para outros casos a exigem. Assim, os serviços territoriais propostos pela reforma, convivem com a internação, mas, não a suprem ou a substituem totalmente.

O CAPS deve ser visto como um local apenas de passagem, apto para crescer o poder de autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, de forma que estas se tornem hábeis para gerar normas para suas vidas e que possam

usar cada vez menos os serviços de saúde mental. É imprescindível a construção de vínculos por outras instâncias da vida social e a transformação dos conceitos de loucura se adapte a ver o modo de ser da pessoa com transtorno mental, como um cidadão detentor de pleno direito mudando, desta forma, a natureza do contrato com o serviço de saúde mental. Assim praticando a desinstitucionalização, mobilizando os diversos atores sociais como: os usuários, os familiares, a comunidade e os sujeitos políticos, o tratamento do paciente mental vai assumindo seu lugar cidadão na sociedade, conforme estabelecido na CF/88.

O CAPS como um lugar de passagem, como já foi proferido pelo Ministério da Saúde (2004), a reinserção devendo acontecer a partir dele, mas sempre em direção à comunidade as mudanças se efetivarão com maior rapidez e se consolidará efetivamente no meio social. Uma vez que, como foi exposto por alguns autores, ainda há o problema de institucionalização dos CAPS e a produção de cronicidades que se difundem por haver uma detenção de usuários neste espaço, em meios de gestão que resistem em atuar para fora do serviço, em ocasionar portas de saída, formas de atuar que podem estar modificar os CAPS em modelos segregatórios disfarçados e, apenas, registrando acolhimentos como um simples agente capaz de coletar informações sobre a “doença” da pessoa em sofrimento psíquico, sem operar suas intenções distintivas.

Neste sentido podemos verificar que atualmente, o CAPS não desinstitucionaliza seus usuários e, estes, são mantidos neste serviço porque acreditam ser um espaço de aceitação de sua diferença, bem como profissionais sustentam o modelo vigente, não havendo a construção da cultura necessária para que ocorra o processo de reinserção dessas pessoas em seu meio social.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Alex Reinecke; DIMESTEIN, Magda. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Paulo Amarante (Org.). **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. Vol. 2. NAU Editora. Coleção Archivos. Primeira edição. Rio de Janeiro. 2005. P. 63

AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** *Historia Ciência, Saúde --- Manguinhos*, I (1): 61- 77, jul.-out., 1994

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida &– a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Bezerra Júnior, B., & Amarante, P. (Orgs.). (1992). **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

BRASIL. **Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988.** Brasília, DF. 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do CAPS. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília. DF. 2004.

\_\_\_\_\_. (2005). Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. (2007). Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de gestão. Brasília, DF: Autor

CANGUILHEM, G. **Le normal e Le pathologique.** Paris: Presses Universitaires de France, 1943. 224 p.

CHAUÍ, M. (2000). **Mito Fundador e sociedade autoritária.** São Paulo: Fundação Perseu.

DESVIAT, M. (1999). **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

FREIRE, Flávia Helena M. A.; UGÀ, Maria Alícia D.; AMARANTE, Paulo. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Paulo Amarante (Coordenador) Vol. 2. Cap. **Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento do modelo assistencial.** NAU Editora. Coleção Archivos. Primeira edição. Rio de Janeiro. 2005.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

JORGE, Maria Salete B.; RANDEMARK, Norma F. R.; QUEIROZ, Maria V. O.; RUIZ, Erasmo M. **Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental.** *Rev. Bras. de Enfermagem.* 2006. Nov-dez; 59(6): 734-9.

KANTORSKI, L.P., PITIA, A.C.A., MIRON, V.L. **A reforma psiquiátrica nas publicações da Revista “Saúde em Debate” entre 1985–1995**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 4, n. 2, p. 03-09, 2002. [on line] Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista4\\_2/reforma.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/reforma.html). [Acesso em 08 ago. de 2011]

LAKATOS, E.M. & MARCONI, M.A., **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1989.

LANCETTI, Antonio.; AMARANTE, Paulo. Tratado de Saúde Coletiva. CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M (Organizadores). Cap. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. Editora HUCITEC. Segunda edição. São Paulo. 2009.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício; OLIVEIRA, Patrícia Conceição Pires; RODRIGUES, Rodrigo Arnaldo. **O dentro e o fora – transcender os limites dos “muros institucionais”**: o relato de situações sobre a relação entre o serviço de saúde mental Dr. Cândido Ferreira e a comunidade. 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido**: uma micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

NUNES, Mônica.; TORRENTÉ, Maurice de.; OTTONI, Vitória.; NETO, Valfrido Moraes.; SANTANA, Mônica. **A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008

Pitta AMF. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?** In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996. P. 19-30.

Rotelli, Franco; Leonardis, Otta; Mauri, Diana. **Desinstitucionalização**. NICÁCIO, F.(Org). Cap. Desinstitucionalização, uma outra via. Segunda Edição. Editora Hucitec. São Paulo. 2001.

SILVA, Adélia Cristina Z. **Centros de atenção psicossocial**. Programa Gestão Pública e Cidadania. Versão em formato PDF. 1999.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista. Belo Horizonte. V. 14, n. 1, p. 131-150. Jun 2008.