

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ÂNGELA MARIA BARROS
CELENE DE JESUS AZEVÊDO
GISELLE PINHEIRO SOUSA
PAULA RAISSA NUNES E SILVA ALBUQUERQUE BARROS
TARCÍSIO MELO LOPES

AVANÇOS E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:
desinstitucionalização do doente mental e o indispensável papel social da mulher
como cuidadora na família.

São Luís
2015

**ÂNGELA MARIA BARROS
CELENE DE JESUS AZEVÊDO
GISELLE PINHEIRO SOUSA
PAULA RAISSA NUNES E SILVA ALBUQUERQUE BARROS
TARCÍSIO MELO LOPES**

AVANÇOS E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:
desinstitucionalização do doente mental e o indispensável papel social da mulher
como cuidadora na família

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção de título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luís
2015

**ÂNGELA MARIA BARROS
CELENE DE JESUS AZEVÊDO
GISELLE PINHEIRO SOUSA
PAULA RAISSA NUNES E SILVA ALBUQUERQUE BARROS
TARCÍSIO MELO LOPES**

AVANÇOS E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:
desinstitucionalização do doente mental e o indispensável papel social da mulher
como cuidadora na família

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção de título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Janete Valois Ferreira Serra - Orientadora
Mestre em Psicologia Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Rosemary Ribeiro Livdholm – Examinadora
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

A Deus, mestre dos mestres, pela força e coragem nós concedidos, à nossa família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que pudéssemos concretizar mais uma das etapas de nossa vida.
A eles a nossa profunda dedicação, admiração, amor e respeito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria que, incomparável e indiscutível na sua bondade, nos concedeu a vida e nos iluminou para seguir o caminho mais próspero, considerando nossas conquistas e compreendendo nossos anseios mais profundos, dando-nos a necessária coragem para atingirmos os objetivos e metas traçados.

À nossa família, especialmente aos nossos queridos pais, pela dedicação, apoio e amor que nos fizeram conhecer o mundo e a verdade, compartilhando nossos ideais, estimulando-nos a prosseguir na jornada.

À Faculdade Laboro, ao Coordenador do curso e demais funcionários, pelo compromisso e demais responsabilidades na busca de uma educação de qualidade.

Aos professores e mestres, nossa gratidão e homenagem aos que souberam ser fontes de ensinamentos e nos transmitiram com sabedoria e, principalmente, consciência, mostrando além das teorias, das filosofias e das técnicas, os ensinamentos para o desenvolvimento e valorização da nossa atividade profissional.

Aos colegas, por vivermos momentos de engrandecimento pessoal e profissional. Que tudo o que aprendemos seja luz para os nossos caminhos, proporcionando assim condições necessárias para desenvolvermos nossas potencialidades e a todos que, direta ou indiretamente colaboraram na construção de mais uma jornada educacional.

“A experiência do desatino na loucura contesta tudo o que pode haver de verdade no homem. Doravante, todo domínio objetivo sobre a loucura, todo conhecimento, toda verdade formulada sobre ela será a própria razão, a razão recoberta e triunfante, o desenlace da alienação.”

Foucault

RESUMO

O presente trabalho apresenta um levantamento histórico, documental e bibliográfico referente à história da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de traçar as possíveis consequências sobre o cuidado do doente mental na família, cuja metodologia utilizada para a elaboração do estudo concebeu-se pela revisão de literatura. Observa-se então, a partir da análise dos dados coletados, que na história da civilização ocidental a loucura é de certa forma mascarada pelo termo doença mental, adquirindo referências ora positivas, ora negativas, levando-nos a refletir sobre a distância da razão e não-razão, da frágil linha que separa a saúde da doença. Foram várias as formas de conceber a presença dos loucos: de alguém com desvio de comportamento e personalidade, de alguém considerado violento e perigoso ou aquele com possessões demoníacas, a aqueles que se tornaram alvos de inspiração para a produção de manifestações artísticas e culturais. Tratada então como patologia, a loucura ganha ascensão no cenário mundial e passa a ser alvo de estudos e investimentos na área da saúde mental, o que desencadeou um processo de mobilização no sentido de rever a forma assistencial ao sofrimento psíquico, gerando movimentos de contestação em prol da Reforma Psiquiátrica, cujas transformações desencadearam uma profunda repercussão nas comunidades e, especialmente, na vida da mulher, como principal cuidadora do portador de transtorno mental.

Palavras-chave: loucura, desinstitucionalização, assistência, família, mulher.

ABSTRACT

This paper presents a historical, documentary and literature relating to the history of Psychiatric Reform in order to trace the possible consequences on the care of the mentally ill in their family, whose methodology used to prepare the study was conceived by literature review. Is observed then, from the analysis of data collected, which in the history of Western civilization madness is somewhat masked by the term mental illness, acquiring references sometimes positive, sometimes negative, leading us to reflect on the distance of reason and unreason, the fragile line between the health of the disease. There were several ways of conceiving the presence of fools: for someone with deviant behavior and personality, someone considered violent and dangerous or that with demonic possession, to those who have become targets of inspiration for the production of artistic and cultural events. Then treated as pathology, madness gains rise on the world stage and becomes the target of studies and investment in mental health, which triggered a mobilization process to review the assistance form the psychological distress, creating protest movements in favor of the Psychiatric Reform, whose transformations triggered a profound effect on communities and especially in women's lives, as the main caregiver of patients with mental disorders.

Keywords: madness, desinstitutionalization, assistance, family, woman.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	9
2- METODOLOGIA.....	11
3- REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1- História e Ascensão da Loucura.....	12
3.2- A Institucionalização dos Alienados no Brasil.....	16
3.3- A Negação da Realidade Manicomial sob a luz da Psiquiatria Democrática.....	22
3.4- A Reforma Psiquiátrica no Brasil: múltiplas conotações da desinstitucionalização do doente mental.....	24
3.5- A Condição da Família Cuidadora e a Mulher como Peça Fundamental para a Consolidação da Reforma Psiquiátrica: anseios e dificuldades.....	29
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES.....	40
ANEXOS.....	48

1- INTRODUÇÃO

A loucura sempre existiu na trajetória da humanidade e sempre habitou o imaginário popular como seres possuídos pelo demônio a aqueles alvos de escárnio por não se enquadrarem nos parâmetros atitudinais dos ditos “normais”.

Acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir perseguidos numa corrida simulada e escoraçados da cidade a bastonadas. Outro dos signos de que a partida dos loucos se inscrevia entre os exílios rituais (Foucault, 1972, p. 16).

São muitas as referências trazidas pela cultura e pela história sobre a figura do louco que aparece em dado momento como a de alguém sem controle ou mesmo, de alguém capaz de agir violentamente, estigmatizado como perigoso e insano à sociedade.

O conceito de loucura é uma construção histórica, antes do século XIX não havia o conceito de doença mental nem uma divisão entre razão e loucura. O trajeto histórico do Renascimento até a atualidade tem o sentido da progressiva separação e exclusão da loucura do seio das experiências sociais (FERNANDES e MOURA, 2009).

No transcorrer das transformações sociais, a loucura passou a ser encarada como patologia, originando, assim, a psiquiatria tratada a partir de então como ciência e especialidade médica. Entretanto, as terminologias utilizadas aos portadores modificaram-se inúmeras vezes, todas sob influência das transmutações teórico-evolutivas no campo da psiquiatria: de “alienação” para “doença mental” e, posteriormente, “transtorno” ou “sofrimento psíquico”. É quando os manicômios aparecem como instituições responsáveis pelo internamento e cuidado aos doentes mentais, momento este que suscita uma reflexão sobre a ideologia contida nas “instituições manicomialis”. Pôde-se perceber, enfim, a loucura como doença, diferentemente da sociedade em geral que a vê como mau comportamento, cujo indivíduo necessita de tratamento e, isto significa a sua incapacidade para viver entre os demais, sem deixar, é claro, a evidência da possibilidade de “cura”, dependendo do quadro clínico do paciente e do grau de perturbação do mesmo.

No entanto, a história da loucura nos dá indícios fortíssimos que este fenômeno sempre se estruturou de forma excludente, onde os loucos eram mantidos em reclusão e asilamento, distanciados da sociedade, antes mesmo de ter sido dominada em meados do século XVII, após o horror das manifestações clínicas da lepra e seu posterior desaparecimento.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (Foucault, 1972, p.10).

Estas condições degradantes no âmbito da assistência psiquiátrica geraram a inquestionável necessidade de uma reforma na área, cujas consequências atingiram, especialmente, os responsáveis pelo cuidado não institucionalizado, objetivo maior das novas tendências. Essa prática vem sendo milenarmente assumida quase que exclusivamente pelas mulheres.

Nessa perspectiva, realizou-se um resgate histórico das políticas em saúde mental, mostrando as mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento, que trazem novas possibilidades de assistência à loucura, priorizando o atendimento psicossocial em meio comunitário, tirando o privilégio dos manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas formas de tratamento. São enfatizadas, também, as dificuldades enfrentadas na consolidação dessas políticas e as novas formas de cuidado ofertadas ao portador de transtorno mental. Essa mudança marcou uma alteração importante na forma como a família vinha participando do cuidado ao doente. Nesse contexto ela passou a ser menos culpabilizada pela doença e passou a ser considerada uma importante aliada no processo de reabilitação do paciente (Yacubian & Neto, 2001; Pereira & Pereira, 2003).

A pesquisa social no âmbito da saúde consolida-se enfocando os aspectos qualitativos sob uma abordagem metodológica dialética, possibilitando a aquisição de um olhar prático, crítico e consciente da realidade local e nacional no acompanhamento e assistência ao “doente mental”, também considerado, segundo a psiquiatria democrática italiana como aqueles que traduzem a “existência sofrimento do sujeito” ou, ainda, aqueles que carregam “sofrimento psíquico”. Encarados, até hoje, como indivíduos responsáveis por alterações na vida de todos os que permeiam à sua volta.

A entrevista e o questionário foram instrumentos adotados para a coleta de dados, sendo possível, de forma estruturada, transcrita e organizada, obter conhecimento de uma série de aspectos da família cuidadora. Estes aspectos espelharam claramente o perfil dos sujeitos envolvidos inseridos na comunidade.

São eles: Caracterização geral da pessoa cuidadora, Aspectos socioeconômicos da família cuidadora, Anseios e dificuldades enfrentados pelos cuidadores na assistência ao doente mental na família e Possíveis atividades produtivas do doente mental na comunidade – aspectos culturais.

Com a desinstitucionalização, o foco das pesquisas em saúde mental também sofreu mudanças importantes. Até meados de 1980, as pesquisas realizadas com familiares tinham o objetivo de investigar a influência da família na determinação da doença mental. Atualmente, o impacto da doença mental na família tem se transformado em uma área de pesquisa no cenário internacional (Tessler & Gamache, 2000). No entanto, os resultados são preocupantes, pois apontam as dificuldades enfrentadas pelos familiares no desempenho do papel de cuidador do doente mental, contribuindo para um sentimento de sobrecarga desses familiares.

Conforme Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo sujeitos humanos e seguindo a devida ética, sigilo e discricção adequados, após serem orientados sobre as intenções e finalidade do trabalho em condução, pode-se, então, obter o consentimento e envolvimento das partes entrevistadas, bem como, a aceitação e utilização da técnica de análise de discurso. Os momentos de contato direto durante as entrevistas contribuíram imensamente ao engrandecimento e concretização deste processo de construção acadêmica, possibilitando realizar um breve retrospecto histórico para, em seguida, analisar o atual sistema de atenção à saúde mental, abrindo o leque de saídas e/ou soluções às problemáticas da loucura contemporânea.

2- METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

2.1- Revisão de literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001):

- Formulação da Pergunta: o que a literatura descreve sobre os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil?

- Localização e seleção dos estudos: serão considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca... (BIREME) e Scielo.
- Período: 1977 a 2009.
- Coleta de Dados: Serão coletados dados relativos a história da loucura, partindo de sua origem e de suas características iniciais, bem como suas formas de tratamento ao longo do tempo, os contornos históricos e mudanças na legislação e nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico. Descritores (palavra-chave): loucura, desinstitucionalização, assistência, família, mulher.
- Análise e apresentação dos dados (questões ou capítulos):
 - História e Ascensão da Loucura;
 - A Institucionalização dos Alienados no Brasil;
 - A Negação da Realidade Manicomial sob a luz da Psiquiatria Democrática;
 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: múltiplas conotações da desinstitucionalização do doente mental;
 - A condição da família cuidadora e a mulher como peça fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica: anseios e dificuldades.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1- História e Ascensão da Loucura

As formas de lidar com a loucura, bem como, as concepções sobre o que é considerado normal e anormal sempre dependeram do contexto histórico e cultural. Para Baumgart (2006, p.27), nota-se que “a partir de todos ejemplos se ve como la patologia asume formas fenoménicas diversas de acuerdo a una determinada sociedad, determinados órdenes etnográfico e histórico”.

Antes de serem iniciados os primeiros estudos das insanidades na Grécia, por volta de 2.500 anos, a loucura era encarada como desvio de comportamento e personalidade, atitudes estranhas, incomuns ou desagradáveis e, ainda, durante a

Idade Média, como “possessões demoníacas”. Essas pessoas ditas possuídas por demônios eram queimadas na fogueira. Por ser de natureza demoníaca o acometimento da loucura, “desapropriava a razão daqueles ditos sãos” (STONE, 1999).

Foram disseminadas, em outros momentos e contextos sociais e históricos as ideias de relação da loucura com as fases e ciclos da natureza, especialmente as fases da lua, comprometendo a saúde mental daqueles afetados por elas. Baumgart (2006, p. 27) explicita que “la locura estaba íntimamente relacionada com las fases y las transformaciones de la luna” e completa afirmando que daí surge a expressão do lunático, como sinônimo de louco.

Entre o fim da Idade Média e o início do período Neoclássico ou Renascentista, há uma diminuição do número dos casos de lepra, a qual passa a não mais atuar como responsável pelo impacto de segregação, banimento e exclusão social.

Em pouco tempo o fenômeno da loucura assume esse papel, com o fim dos leprosários, tidos como “lugares obscuros” de segregação, cheios de “ritos que não estavam destinados a suprimi-la [a lepra], mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada” (Foucault, 2010, p. 6).

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão (Foucault, 1972, p.7).

Aparece a existência da figura da Nau dos Loucos do século XV que na sua subjetividade representava a incessante busca da razão e da purificação pela água, onde os loucos “estranhos” e “bizarros” eram confinados em navios, todos aqueles com comportamentos desviantes, inclusive os bêbados e devassos. Já os loucos “conhecidos” e menos agressivos, eram de certa forma tolerados nas ruas. Os que não andavam de cidade em cidade como pedintes, eram condenados a vagar sem destino nestas grandes embarcações, vivendo a deriva na inconstante agitação e excitação do mar.

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (Foucault, 1972, p.12,13).

A água assume para os loucos o papel de purificação, que sempre teve na história da humanidade. “Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica” (Foucault, 1972, p. 16).

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. É esse ritual que, por esses valores, está na origem do longo parentesco imaginário que se pode traçar ao longo de toda a cultura ocidental? Ou, inversamente, é esse parentesco que, da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque? Uma coisa pelo menos é certa: a água e a loucura estarão ligadas por muito tempo nos sonhos do homem europeu (Foucault, 1972, p. 16, 17).

Em meados do século XVII a loucura estava “ligada, obstinadamente, a todas as experiências a Renascença” (Foucault, 2010, p. 8). Nesse período a qual ainda não tinha sido dominada, além de transitar livremente pelas ruas, ainda servia como temáticas utilizadas por inúmeras formas de expressões e manifestações artísticas da época, como peças teatrais e romances.

Tinha-se consciência da existência da loucura, da sua diferença, no entanto, uma diferença que não era perfeitamente delimitada, “não possuía um estatuto definido e que frequentemente era vista como uma forma suprema de sabedoria para se perder em seguida no mistério da diferença pura” (ROZA, 2005, p.27). A loucura e a não-loucura ainda estariam confusamente implicadas, pois não havia um devido distanciamento entre elas.

Com a ruptura entre a razão e a loucura, pela qual a razão “se separa da loucura, esvazia a verdade da loucura para afirmar a si própria soberanamente” (Freitas, 2004, p. 78), cerca de 150 anos antes do surgimento da psiquiatria, origina-se a então “estrutura de exclusão” tão mencionada por Foucault, cujos estopins se dão junto à fundação por decreto do Hospital Geral de Paris no ano de 1794 que, segundo Bicêtre (1794) inaugura a “grande internação dos pobres”.

Na tentativa de suprimir a mendicância e a ociosidade, o Hospital Geral objetivava recolher e “hospedar” os pobres de Paris. Sem caráter médico, o hospital

era “uma espécie de entidade administrativa” com o direito de julgar e executar, sem conceder direito a apelações. Nela havia pessoas de qualquer sexo, idade, curáveis ou não curáveis, doentes ou convalescentes, e eram forçadas a trabalhar como forma de “purificação”. Essas casas se espalharam por todo continente europeu e se estabeleceram, principalmente, na França, Alemanha e Inglaterra, respectivamente, todas mantinham seu funcionamento com o dinheiro público e se estabeleceram dentro das construções dos antigos leprosários.

Distinguindo-se das outras categorias de exclusão, a loucura passa a ser encarada de outra forma, diferentemente da pobreza que não precisa mais ser encarcerada. A grande intonação é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Foucault, 2010, p. 114).

Data do final do século XVIII e do século XIX, a ênfase dada à loucura como doença e da psiquiatria como ramo da especialidade médica, sendo então integrada à área da saúde, como proposto por Philippe Pinel. Surge, a partir de então, uma nova forma de perceber e vivenciar a existência humana e suas condições. Com valor terapêutico, os asilos são criados, e a loucura passa a ser definida como “alienação mental”.

Baumgart (2006) aponta que o doente mental era excluído do convívio entre os demais por que devido à enfermidade, suas funções mentais superiores desapareceriam e a convivência social se tornaria insuportável e inviável. São da época da Renascença os primeiros asilos, quando há o resgate dos valores humanistas greco-romanos e o retorno as indagações sobre as origens e causas naturais dos fenômenos mentais. A psiquiatria adentra os asilos e o poder no interior dessas instituições que antes era conferido à Igreja e ao Estado passa a ser exercido pela Medicina. Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840) em Bicêtre, considerados os pais da Psiquiatria, promoveram uma inovadora reforma hospitalar que ficou conhecida como “tratamento moral”.

Pinel, na França, defende a reeducação através do controle social e, predominantemente, moral. Singularmente, surge a figura de Samuel Tuke, na Inglaterra, tornando-se o responsável pela busca da cura dos doentes livres de grades e correntes em uma casa de campo. Ambos tentaram humanizar as práticas

quanto aos cuidados durante o internamento, mesmo sem serem formados na área médica ou psiquiátrica.

No Retiro de Tuke eram pregados princípios e valores como religião, família e trabalho. Neste caso o asilo envolveria “o poder moral da consolação, da confiança e de uma fidelidade dócil à natureza” (Foucault, 2010, p. 487). Já as técnicas de tratamento utilizadas por Pinel no século XIX, eram os banhos de água fria e o uso da camisa de força. Fazia-se uso da hidroterapia desde o século XVII: “fria, sob a forma de banhos” (Foucault, 2006, p. 206). Na época, a água era utilizada como uma ferramenta de controle do louco que o fazia, inconscientemente, reconhecer a sua condição de doente impondo a autoridade médica, e mais uma vez, a água torna aos caminhos do tratamento dos considerados alienados mentais.

A possível aceitação ou não do seu estado e/ou condição de loucura, mas, sobretudo, o auto-reconhecimento de ser doente mental traz a possibilidade de indícios de razão, o que permite ao louco o possível retorno, mesmo que provisório, a um estado de consciência e normalidade mental, após uma crise, fator que dá suporte a realização de tratamento, ou mesmo, a probabilidade de cura, no intuito de reintegrá-lo à sociedade. Obedecendo ao tripé insolar/conhecer/tratar, o modelo pineliano dos asilos, portanto, continuaria a ser por muito tempo o mais adequado ambiente aos loucos, onde os libertaria de influências externas e os transformaria em um ser dócil e útil, garantindo a segurança pessoal dos próprios loucos e de sua família, pois em consonância com os demais “males sociais”, desde os primórdios, “o abandono é, para eles, a salvação; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão” (Foucault, 1972, p. 10).

3.2- A institucionalização dos alienados no Brasil

O avanço dos estudos referentes a doença mental impulsionou o reconhecimento e a importância da psiquiatria como detentora dos conhecimentos na área, trabalhando na prevenção e, na eventual cura.

No instante em que a loucura passou a ser encarada como doença e percebida como perigo social eminente, consolidou-se, enfim, o hospício como instituição total, cuja existência objetiva cuidar e segregar aqueles considerados praticantes de condutas perigosas, afastando-os da sociedade. Entenda-se por instituição total, o local de residência onde “indivíduos com situação semelhante,

separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 2005, p. 11), aspectos que caracterizam os hospícios.

É notório perceber que o ser humano age nas esferas da vida conforme a diferenciação de lugares, pessoas e sob aqueles que exercem alguma autoridade sobre ele, fundamento utilizado dentro dessas instituições e que durante o tratamento com grupos de pessoas, as mesmas devem cumprir obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas. Esse desprendimento do restante do mundo o faria entrar num processo de “mortificação do eu” e na tentativa de se encontrar de repente com a possível lucidez restante que o impulsionaria a querer voltar ao convívio entre os demais, se sua alienação o permitir.

Nesse contexto, o Brasil passa a conviver socialmente com a loucura desde o século XVI até o início do século XIX. Somente a partir daí começou a ser apropriada pelo discurso religioso e reconhecida como desordem e perturbação da paz social, surgindo a necessidade de retirarem os loucos do contexto social, como no restante do mundo. Inúmeros tipos humanos, bizarros e amalucados eram constantemente vistos transitando as ruas do Rio de Janeiro. Quanto a isso o médico francês e um dos fundadores da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro (AIMRJ), Joseph-François-Xavier Sigaud (1796-1856) comenta:

E quantos idiotas, velhas enfermas e imbecis, não tereis visto de tempos a tempos nos lugares populosos, nos arrabaldes, nos estabelecimentos públicos e nas igrejas? Nós não tratamos aqui dos mendigos, dos leprosos, nem dos bêbados; só lembramos a classe desgraçada dos loucos. (1835, p.7)

Ressalta-se, entretanto, que também era preocupante a condição e existência dos pedintes, lázaros e alcoólatras percorrendo desordeiramente pelas cidades, razões que somariam e fariam os ilustres membros da Academia recomendarem “a criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados no Brasil” (Jobim et al., 1831). A loucura no país passa então a ser concebida como doença e percebida como perigo social. O asilamento então veio como forma de “precaução social absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura” (Foucault, 2002).

Enquanto os alienados pobres tentavam escapar a todo custo da reclusão para viver perambulando como podiam pelas ruas cariocas, as famílias afortunadas discretamente escondiam os seus como observa Sigaud:

Quem acreditará que o número de tais infelizes é considerável e que as famílias ricas que os têm em suas casas nunca tiveram a lembrança de fundar, por uma associação, um asilo em que as regras da higiene pudessem auxiliar com vantagem as prescrições da terapêutica? (Sigaud, 1835, p. 7)

Tais famílias cariocas acabaram por contribuir de forma direta na construção do primeiro asilo de alienados brasileiro, destinado especialmente aos loucos pobres, apesar de não exercer tão exatamente os ditames prescritos e sugeridos pelo médico francês. E assim, sucedeu-se o recolhimento desses desafortunados. Estes foram progressivamente isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Em ambos locais, “os loucos eram encarcerados em cubículos estreitos, em condições insalubres e muitas vezes amarrados” (De-Simoni, 1839, p. 251).

Os loucos e a loucura: do Império a República

Evidencia-se a profunda atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia nas articulações políticas e nos manifestos de mobilização social que levaram a “criação do Hospício de Alienados Pedro II, por decreto imperial em 1841 e conseqüente inauguração em 1852” (Machado et al., 1978, p. 983-1010). Sediado no Rio de Janeiro, sua construção e administração ficaram aos mandos da Santa Casa e buscaram obedecer os moldes institucionais e terapêuticos franceses de Pinel e Esquirol. Apesar da existência de médicos nesse local, o controle ainda permanecia sob a influência do discurso religioso. Herança cultural típica dos territórios de colonização portuguesa, a confraria leiga católica ‘Irmandade da Misericórdia’ esteve presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI. Embora inicialmente nem todas as Irmandades brasileiras mantivessem hospitais de caridade, com o passar do tempo, uma de suas principais atribuições tornou-se o denominado “cuidado curativo dos pobres” (Mesgravis, 1976), que se estendeu aos alienados a partir da segunda metade do século XIX.

Durante o Segundo Reinado (1841-1889) foram criadas fora da capital imperial outras instituições que se denominavam “exclusivamente para alienados”, mais uma vez justificando os discursos oficiais e as invocações para a criação de mais asilos. Entre os primeiros estabelecimentos criados nas províncias estão: Hospício Provisório de Alienados (SP) (1852), Hospício de Alienados de Recife – Olinda (PE) (1864), Hospício Provisório de Alienados em Belém (PA) (1873), Hospício Asilo de Alienados São João de Deus em Salvador (BA) (1874), Hospício de Alienados São Pedro em Porto Alegre (RS) (1884) e Asilo de Alienados São Vicente de Paulo em Fortaleza (CE) (1886).

Ressalte-se que nesses hospícios não havia presença significativa de médicos, até o fim do Império. Somente no início do século XX, com algum custo, os médicos conseguiriam deslocar as poderosas administrações leigas das Santas Casas, bem como as ordens religiosas que prestavam serviços nesses locais, tanto na antiga Corte (Teixeira, 1997), como nas províncias (Medeiros, 1977), instalando-se na direção dessas instituições asilares.

Com a República, a loucura então é retirada dos ditos religiosos e fortalecida pelo discurso científico médico-psiquiátrico, trazendo a proposta de substituir o tratamento desumano e arcaico por valores humanitários, viabilizando assim, a medicalização da loucura e a expansão de hospitais psiquiátricos na rede pública, cujo isolamento é justificado pelo distanciamento do louco de sua família, pela aceitação de ser doente mental e a possibilidade de um tratamento adequado a cada caso, priorizando a necessidade de isolamento para a concretude da cura. O então Hospício de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa, como era antes, ocorrendo, então, a “(...) laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocará para si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia” (Resende, 1987, p. 43).

Outro aspecto trabalhado e descartado dos hospícios é o ócio, devendo este ser combatido e exterminado para o êxito terapêutico. O trabalho deve ser a principal ocupação dos internos. Para Machado (1978, p. 440) “a norma do trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, acolchoaria, escovas, móveis, calçados.” Para aqueles

sem estas habilidades devem ser prescritos outros afazeres como servente em obras, jardinagem, ou até mesmo atuar em refeitórios ou enfermarias.

O internamento do século XIX reflete o momento em que “a loucura é percebida como conduta anormal e irregular” (Foucault, 2008, p. 121) e “uma desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (Foucault, 2008, p. 69), entretanto, é plausível conceber a ideia que o lugar dos loucos não é somente no clausuro obscuro entre os demais doentes nem tampouco nas cadeias imundas como fora um dia. Verificou-se, no entanto, que a simples exclusão e retirada dos loucos das ruas não resolveria o problema da loucura, pois os médicos da época atestavam em consonância aos contemporâneos modernos, a impossibilidade de cura em condições insípidas de higiene e de inadequado tratamento físico e moral.

O contrato entre o sistema de asilo do doente mental e a família ao longo da história, confunde-se com os interesses mútuos atendidos e a afeição natural, que desde o século XVIII, grandes mitos procuraram definir a origem das sociedades e a “verdade” do homem social, na tentativa de entender a loucura. “Ele é ao mesmo tempo o interesse individual que renuncia a si mesmo para se reencontrar e a afeição espontânea que a natureza faz surgir nos membros de uma família, propondo assim uma espécie de modelo afetivo e imediato para toda a sociedade” (Foucault, 1972, p. 517).

A própria sociedade incorporou o discurso médico moderno sobre a alienação mental, mas, diante das descrições dos Hospícios, evidencia-se a contradição entre um suposto projeto de assistência, baseado em pressupostos pinelianos, e a prática de simples reclusão realmente efetivada, onde o hospital é lugar de diagnóstico e classificação e o médico é aquele que pode dizer a “verdade” da doença, para enfim dominá-la.

1. O papel do internamento é o de reduzir a loucura à sua verdade.
2. A verdade da loucura é aquilo que ela é, menos o mundo, menos a sociedade, menos a contranatureza.
3. Essa verdade da loucura é o próprio homem naquilo que ele pode ter de mais primitivamente inalienável.
4. O que existe de inalienável no homem é, ao mesmo tempo, a Natureza, a Verdade e a Moral, isto é, a própria Razão.
5. É por conduzir a loucura a uma verdade que é ao mesmo tempo verdade da loucura e verdade do homem, a uma natureza que é natureza da doença e natureza serena do mundo, que o Retiro recebe seu poder de curar (Foucault, 1972, p. 518).

Novos rumos da assistência psiquiátrica no país

O primeiro psiquiatra, diretor do Hospício Nacional de Alienados, Teixeira Brandão, consegue por volta de 1886, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei brasileira do alienado, definindo um estatuto do usuário, como um dos elementos de uma Política de Saúde Mental.

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício (...) Esta lei faz da psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (Machado et al, 1978, p. 484).

Em seguida entra em cena a figura de Juliano Moreira, no cenário da fase científica da psiquiatria nacional, propondo fundamentos teóricos, práticos e institucionais para o sistema da psiquiatria, tornando-a especialidade médica autônoma em 1912, levando em consideração o fato de seu estudo ter se iniciado bem antes no ano de 1883, quando ocorreu ainda a criação de um grande número de estabelecimentos direcionados ao tratamento dos doentes mentais, não só na capital Imperial, como também, no restante do Brasil.

De lá pra cá muitas foram as medidas experimentadas em busca de assertivas quanto a prática correta na assistência ao alienado psíquico, chegando a década de 50 com os hospitais psiquiátricos superlotados, caracterizados pelas internações em tempo integral e de longa duração. Os funcionários tornaram-se insuficientes para atender a grande demanda, havendo, ainda, que responder a muitas denúncias de maus tratos.

Os hospícios, hospitais e colônias, no final da década de 50, tinham como características a superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores quanto as dos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão, denunciava quase 100 anos antes (Resende, 1987, p. 60).

Determinaram-se novos rumos a assistência psiquiátrica no período que se deu o golpe militar em 1964, quando emergiram a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa, onde a cobertura era extensiva aos trabalhadores e seus

dependentes. Data desse mesmo período a implantação de hospitais na rede particular conveniados ao poder público, enquanto, até 1961, o país contava com apenas 17 Ambulatórios Psiquiátricos.

O modelo manicomial estabelecido até então, estava por levantar inúmeras críticas que acabaram impulsionando prelúdios da necessidade de uma reforma no setor psiquiátrico, ganhando espaço dois grupos que defendiam ideias inovadoras. O primeiro grupo defendia a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas, conforme a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional na França, e ainda, nesse mesmo embate, havia outros que tinham a proposta de estender a psiquiatria ao espaço público, propondo a prática da psiquiatria terapêutica. Já o segundo grupo apontava saídas na defesa de uma quebra radical dos conceitos de psiquiatria que se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria, pregada na Inglaterra na década de 1960 e os que entravam em defesa da Psiquiatria Democrática como o italiano Franco Basaglia.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica busca transcender a busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas. Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos (Amarante, 1996, p. 14).

Somente a partir dos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica, com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão e a violência do modelo hospitalocêntrico.

3.3- A Negação da Realidade Manicomial sob a luz da Psiquiatria Democrática

A Psiquiatria Democrática surge no panorama das novas tendências com uma proposta de reformulação das práticas antigas de assistência ao doente mental, propondo não somente a erradicação dos manicômios, como também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos. Franco Basaglia lidera tal movimento, cujos frutos foram percebidos com o início da extinção das instituições psiquiátricas na Itália em 1973.

Os discursos contidos nas instituições as quais o doente mental é imerso, são de caráter opressivo e autoritário, segundo Basaglia:

Tanto a família e a escola quanto as prisões e os manicômios são as instituições da violência: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na chantagem e na ameaça; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental (Basaglia, 2005, p. 91).

Por si só os diagnósticos clínicos são fundamentalmente carregados de discriminação. Nas observações de Basaglia, é comum a diferenciação dada no tratamento de internados ricos em contraposição aos pobres. É diferente o prognóstico de um esquizofrênico rico, internado em uma clínica particular a aquele pobre encaminhado aos serviços públicos de um hospital psiquiátrico. O alienado rico tem mais chances de regressar às suas práticas sociais, pois não é separado inteiramente da sua realidade. Já o pobre sofre a violência do sistema social quando “os empurra para fora da produção, para a margem da vida associativa, até encerrá-los nos muros do hospital” (Basaglia, 2005, p. 91).

Percebe-se assim que a própria sociedade estabelece as normas para a exclusão dos loucos no mundo. “Nesse sentido, nossa ação atual tem de ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz a recusa do ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais” (Basaglia, 2005, p. 104-105). A negação da realidade manicomial passava pela negação de toda classificação, pois o problema da questão não era a doença em si, mas a relação estabelecida com ela. Em 1961, Basaglia introduz “o conceito de comunidade terapêutica sob influência dos ingleses David Cooper e Ronald Laing” (Passos, 2009, p. 126-127), logo ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia. Sua ideia ousada e radical era provocar mudanças revolucionárias no papel institucional, transformando o manicômio em um hospital de tratamento, que seria, apenas, uma etapa de transição no processo de cura.

Em outros países europeus como a Inglaterra e a França buscaram uma reorganização modernizadora, onde foram criados serviços alternativos, porém, permaneceram articulados aos hospitais, diferentemente da desinstitucionalização iniciada por Basaglia, que inicialmente, era encarada como “mera experiência da comunidade terapêutica, circunscrita em um asilo nos confins do país, mas, pouco a pouco se torna foco crescente de polêmica” (Passos, 2009, p. 127), quando sua prática expõe a miserável realidade da psiquiatria pública praticada no país.

Mesmo com a Lei Mariotti, de 1968 que previa o internamento voluntário, para Basaglia, a realidade da psiquiatria italiana ainda continuava atrasada, nos moldes do isolamento manicomial do século XIX. No entanto, Basaglia, finalmente após assumir a direção do hospital Psiquiátrico de Trieste, em 1971, consegue fechá-lo em 1977 para, em seguida, ser utilizado como universidade, escola e cooperativas. Esse arcaico modelo manicomial foi gradativamente substituído por “uma rede de novas e diversificadas estruturas de saúde mental na cidade” (Passos, 2009, p. 132).

Foi então criada e aprovada a Lei Basaglia, Lei 180, no ano de 1978, integrando a doença mental na legislação sanitária, retirando a condição de periculosidade particular. Foi regulamentado o “tratamento” obrigatório em detrimento a internação, possibilitando que o tratamento fosse retirado dos hospitais e inserido em serviços territoriais, eliminando a custódia da pessoa e de seus bens e, restituindo aos doentes mentais o direito constitucional ao voto.

Nestes termos esse caso típico de tratamento terapêutico que se iniciou na França em 1945 é, incorporada, apenas em 1960 como política oficial de saúde mental, priorizando o tratamento do doente mental em sua própria comunidade. Equipes compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais trabalhavam na prevenção e tratamento das doenças mentais longe dos muros dos hospitais que serviam apenas de auxiliar no tratamento.

3.4- A Reforma Psiquiátrica no Brasil: múltiplas conotações da desinstitucionalização do doente mental

Seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica francesa e italiana que objetivavam a emancipação do doente mental e sua reintegração à sociedade, o Brasil entra nesse processo de caráter político, social e econômico de substituir o modelo de repressão e exclusão dos antigos manicômios. Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, influenciado pela ideologia de grupos dominantes, provocaria a derrocada da “indústria da loucura”, iniciando no país a discussão da desinstitucionalização do doente mental.

(...) passou a ser animado por uma nova geração e trabalhadores de Saúde Mental que começou a ingressar nas instituições psiquiátricas em grande número no final dos anos setenta e, especialmente, início dos anos oitenta (Yasui, 1999, p. 74).

O termo desinstitucionalização abre um leque de significados, porém traz uma conotação muito mais ampla que o simples descolamento do manicômio para a comunidade. Amarante (1996) traça três formulações importantes quanto ao valor semântico do termo em questão: trata a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por fim, a desinstitucionalização como desconstrução. A compreensão do processo trazido pela reforma só poderá ser compreendida conforme a devida distinção que determina a forma de lidar na prática com esses novos valores teóricos, cuja compreensão se dá conforme os interesses ou pontos de vistas impregnados do poder ideológico.

Os primeiros princípios de desinstitucionalização surgiram nos Estados Unidos, durante o governo de Kennedy, cujas medidas eram basicamente de desospitalização. Esta tradição volta-se principalmente a tentativa da redução dos custos da assistência aos cofres públicos, com objetivo puramente administrativo, buscando a descentralização na assistência hospitalar, a partir de projetos e psiquiatria preventiva e comunitária. Já alguns setores da sociedade, especialmente os seguimentos mais conservadores entendem a desinstitucionalização como pura desassistência, o que seria o abandono do doente à própria sorte.

O Brasil se inspira na tendência dos princípios e valores apregoados conforme a desinstitucionalização como desconstrução, cuja tendência está caracterizada pela desconstrução dos saberes e práticas da psiquiatria. Desenvolvida e trazida por Basaglia na década de 70, influenciou técnicos de saúde e acadêmicos, junto a manifestantes e organizações comunitárias, no final da década de 1980, a provocar o fechamento de alguns manicômios e a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros movimentos pela luta em busca de uma sociedade sem manicômios.

O movimento pela reforma psiquiátrica se compara com o movimento pela reforma sanitária, a qual se torna apenas um conjunto de medidas administrativas cujas abordagens técnicas eram praticamente centradas em sintomas, na intervenção a fins de diagnosticar e medicalizar o doente mental, em oposição a busca pelas transformações na qualidade do modelo de saúde que o movimento

pela reforma psiquiátrica defendia. Para Amarante (1996) “o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico.”

Com a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental na década de 1990, entram em vigor as primeiras normas federais que regulamentam a implantação dos serviços substitutivos e atenção diária inspirados nas experiências dos primeiros CAPS. São desse período também as diretrizes usadas na fiscalização e classificação dos hospitais. Segundo Fonte (2011, s/p), “nesse período a Reforma Psiquiátrica efetivamente começou a se materializar em serviços extra- hospitalares, sejam intermediários ou substitutivos ao manicômio” e, desde o início de 2000 observa-se a existência de dois movimentos no Brasil: “a construção de uma rede de saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes” (Fonte, 2001, s/p). Vale, ressaltar, entretanto, que naquela época, 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (Delgado et al., 2007).

Nesse contexto, a rede de atenção diária à saúde mental apresentou importante expansão. Em 2001, durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília que a Reforma Psiquiátrica foi consolidada como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS), conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Outros avanços foram promovidos nas áreas legislativa, jurídica e administrativa, incluindo a Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 que estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão

ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

Houve ainda a criação da Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Em 2004 foi realizado em São Paulo o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Em fevereiro de 2005 a Portaria nº 245 destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006 instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. E a Lei 11343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à

produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Conforme pesquisa bibliográfica realizada por Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), a história dos serviços de saúde mental no país pode ser dividida em três fases. A primeira, entre 1880 e 1950, foi marcada pelo crescimento dos asilos; a segunda, a partir de 1950, marcou o declínio desses asilos nos países desenvolvidos e a terceira, a partir de 1980, foi marcada pela ênfase nos serviços comunitários de saúde, trazendo uma nova prática na assistência psiquiátrica.

Com todas essas medidas tomadas e transformações alavancadas no cenário nacional e internacional, para Alverga e Dimenstein (2006, p. 4) é preciso pensar na reforma psiquiátrica como um movimento social mais amplo, processo de desinstitucionalização do social “onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão”.

O processo de desinstitucionalização demonstra tornar-se possível construir reinventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas “evoluções e prognósticos” da doença mental. No contexto da desinstitucionalização, na medida em que esta coloca em discussão os conceitos de loucura, periculosidade, anormalidade, desvio e outros tantos, sobre os quais a psiquiatria construiu seu mandato terapêutico, legitimou e autorizou determinada ação institucional violenta e tutelar sobre os sujeitos assim classificados, e, na medida, ainda, em que renuncia a esse mesmo mandato, abre-se uma nova perspectiva de relação ética entre os homens e as instituições (Amarante, 1996, p. 31).

Além do controle da redução de leitos e da implementação de alternativas de assistência na comunidade de qualidade e fácil acesso, o processo de desinstitucionalização deve envolver as demais esferas da sociedade, não se reduzindo apenas a profissionais da área da saúde, mas atingindo os demais membros da sociedade. Entre esses membros, destaca-se a família dos pacientes psiquiátricos que, cada vez mais, tem sido apontada como importante agente no processo de desinstitucionalização.

Sobretudo, a reforma deve buscar uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social e “que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo” de forma a buscar o convívio livre e tolerante com a diferença.

3.5- A Condição da Família Cuidadora e a Mulher como Peça Fundamental para a Consolidação da Reforma Psiquiátrica: anseios e dificuldades

As famílias, até 1980, foram radicalmente excluídas do tratamento do doente mental, eram proibidas as visitas nos hospitais e as cartas enviadas por familiares e pacientes eram avaliadas pelos profissionais e, na maioria das vezes, vetadas. Na medida em que eram responsáveis pela educação dos pacientes, as famílias eram afastadas e apontadas como causadoras da doença (Moreno & Alencastre, 2002). Durante décadas, os pais, em particular, as mães de pacientes psiquiátricos, foram culpabilizados e excluídos das decisões do tratamento (Tessler & Gamache, 2000; Melman, 2002). Diante disso, os asilos e o médico eram considerados os únicos capazes de curá-los, assumindo o papel de reeducá-los (Moreno & Alencastre, 2003).

No Brasil, com a Reforma Psiquiátrica esse quadro começou a mudar e a partir de 1980 a família retornou ao cenário assistencial ao paciente psiquiátrico (Waidman et al., 1999; Moreno & Alencastre, 2003). Com essa mudança a família deixou de ser culpabilizada pela doença, passando assim, a ser considerada como fundamental aliada no processo de reabilitação do paciente, porém, é difícil estimar com precisão o número de famílias que são afetados pelo papel do cuidador de pacientes diagnosticados com transtornos mentais sérios, mas, segundo o Relatório sobre Saúde no Mundo, de 2001, é considerado o fato de que pelo menos um membro a cada quatro famílias, sofra de transtorno mental ou comportamental (WHO, 2001).

Com o processo de desinstitucionalização as famílias foram incluídas como fonte essencial de suporte aos pacientes, mesmo sem serem preparadas para exercer este papel, por não possuírem, de fato, o conhecimento adequado para lidar com os transtornos. Até então mantida dentro dos muros dos hospitais, essa realidade é transferida e devolvida aos familiares pelos serviços de saúde mental, devendo aprender que o local de tratamento havia passado para a comunidade, cuja responsabilidade deixou de ser centrada nos profissionais e nas instituições especializadas. Os profissionais da área passariam, apenas, a exercer o controle formal de cuidados médicos, dando ênfase ao cuidado informal, obtido no seio da comunidade (Tessler & Gamache).

Com isso, as famílias enfrentam grandes dificuldades. Entre as principais estão a falta de informação sobre a doença, as dificuldades de relacionamento com o paciente, a carência de medicamento, alimentação e vestimenta, as condições de moradia inadequadas e a insuficiência de atividade produtiva para o paciente. Ainda é percebida a presença do preconceito, desprezo e desrespeito aos portadores de transtornos mentais. Com tais dificuldades, as famílias acabam enxergando no hospital psiquiátrico a única alternativa de atendimento para o paciente, sendo perceptível o impacto negativo de seu retorno ao núcleo familiar (Moreno & Alencastre, 2003).

A condição atual das famílias denuncia que, segundo Gonçalves e Sena (2001), o que vem ocorrendo no Brasil é um processo de desospitalização, diferentemente da proposta elucidada realmente pela reforma psiquiátrica. Com a simples devolução do doente mental para a família, estas se posicionam contra a desinstitucionalização e se mostram favoráveis à permanência dos pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos. Para sanar, ou pelo menos, amenizar essa realidade se faz necessária uma orientação dos familiares sobre os sintomas, o curso e o tratamento da doença para que eles se tornem capazes de monitorar as suas manifestações e avaliar a eficácia da terapêutica na comunidade, tornando-os menos dependentes ao monitoramento profissional, diminuindo os custos e a sobrecarga da família e dos serviços de saúde mental (Yacubian & Neto, 2001).

Outro fato interessante nesse novo momento histórico de assistência ao portador de transtorno mental é a nova configuração e constituição da família pós-moderna, que elevou o papel da mulher dentro da família e, por conseguinte, sua função nesse processo atual de assistência na comunidade. As mães são apontadas como as principais cuidadoras, mas as mudanças que vem ocorrendo tanto na família como na sociedade, como a incorporação da mulher no mercado de trabalho e o inevitável envelhecimento dos cuidadores, dificultam a transferência do cuidado aos pais e aos irmãos dos pacientes (Tessler & Gamache, 2000).

Segundo Bandeira e Barroso (2005), as pesquisas com mulheres cuidadoras de doentes mentais em família estabelecem uma aliança que permite o desvelamento de uma realidade refletida sobre este cuidado a partir de suas concepções relativas ao cuidar diário desse paciente. Os estudos apresentaram um norte que responde quanto a história de vida cotidiana das cuidadoras inseridas na comunidade, revelando a singularidade das relações próprias desse cuidar,

perpassando, ainda, por dimensões sociais e econômicas. Estas relações ocorrem entre a cuidadora, a família, os serviços de saúde mental e a comunidade (Waidman, 1999).

Conforme expressam as próprias cuidadoras são muitas as dificuldades apontadas como reflexo da reforma psiquiátrica sobre o cuidado do doente mental na família, podendo ser destacadas as dificuldades de ordem emocional, social, relacional e materiais (Gonçalves & Sena, 2001). Referem-se, ainda, ao comportamento inadequado e por vezes agressivo que trazem consequências negativas para o convívio familiar, não expressando, todavia, uma possível rejeição a eles. Os relatos das cuidadoras permitiram perceber um tom de sofrimento em suas falas, bem como nas suas expressões.

Estes discursos revelam que às mulheres, foi transferida a árdua incumbência de cuidar dos pacientes desospitalizados, cujos momentos de maior tensão se dão durante a ocorrência das chamadas crises e perturbações, revelando os múltiplos problemas, ansiedades, medos e tristezas vivenciados constantemente. Enfatizam, ainda, a existência da preocupação sobre a improdutividade do paciente que, por serem economicamente dependentes pesam no orçamento, acarretando uma sobrecarga financeira, além, é claro, de interferir no simples desenvolvimento das rotinas diárias da família. Segundo Pereira e Pereira (2003), as famílias demandam escuta, acolhimento e ajuda para amenizar as dificuldades encontradas no convívio com a doença mental. Informações sobre a doença e o tratamento podem melhorar a estabilidade emocional dentro da família.

Apesar das dificuldades, Waidman (2004), salienta que o portador de transtorno mental e sua família podem levar uma vida com qualidade, mesmo com a presença da doença. Isso se torna possível por meio de acompanhamento, orientação e apoio profissional de qualidade, para os pacientes e seus familiares. Quanto ao tratamento junto aos serviços de assistência médica especializada é condizente sob a forma de medicalização, os quais são úteis para que o comportamento dos pacientes seja controlado, tornando-os mais adaptados ao seu contexto social e diminuindo os contratemplos indesejáveis.

Os estudos na área pesquisada revelam, ainda, uma visão otimista das cuidadoras em relação a situação dos doentes mentais, sendo possível, apreender que há esperança de uma possível reabilitação parcial, ou mesmo, total, dando ênfase a eventual possibilidade de cura, mesmo sendo percebidos também, ares de

incerteza e desânimo, por não encontrarem na realidade tal saída. Tais circunstâncias mobilizam a manifestação e o desejo, por vezes, de que seus doentes mentais permaneçam internados. Já outras cuidadoras, no entanto, falam do internamento como último recurso (Martinez et al, 2000).

O desafio de cuidar do doente mental deve ser aceito com perspicácia e coragem, no tocante as contradições e dificuldades encontradas nesse processo. Deve, ainda, ser alicerçado em oposição ao tradicionalismo psiquiátrico para, então, levar à construção de novas formas e princípios norteadores ao cuidado dos doentes mentais e no suporte às cuidadoras. Espera-se que essa superação impulsione uma transformação na práxis dos profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados junto à mulher cuidadora, emancipando o doente mental, reintegrando-o à sociedade.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento dado à loucura e as concepções que sobre ela circundaram, evoluíram juntamente com as mudanças ocorridas na realidade social, política, econômica e cultural do ser humano. As abstrações e atenções a ela direcionadas ao longo do tempo e a conseguinte evolução do pensamento científico e humanitário, possibilitaram uma ascensão e aceitação da condição de loucura existente nas sociedades, permitindo, a partir de então ser tratada pela área psiquiátrica.

Desde os primeiros movimentos pela transformação à atenção ao sofrimento psíquico, desencadeados mundo afora, até chegarmos ao momento de assumir a consolidação de uma reforma psiquiátrica, o doente mental vem sendo assistido da forma como a sociedade e o poder público assim o vê e idealiza como melhor forma de assisti-lo na busca de atender as suas necessidades básicas. Tais movimentos mostram uma luta complexa e acirrada, combatida em várias frentes de batalhas.

Com a Reforma Psiquiátrica, lócus do supracitado trabalho, tornam-se garantidos os princípios e formalizadas as diretrizes, as Portarias e as Leis que assumem a responsabilidade e o compromisso de se fazerem cumprir, garantindo o direito àqueles antes esquecidos e abandonados às margens da sociedade. Este novo processo dialético procura substituir o antigo modelo hospitalocêntrico por outro alicerçado na prevenção e assistência comunitária junto à família, na qual a mulher, ao assumir o papel indispensável de cuidar do portador de transtorno mental, assume a sobrecarga oriunda de tal realidade, somando-a as atividades domésticas e profissionais.

A reforma, portanto, não pode ser entendida apenas como a melhora e a humanização dos serviços, mas, sobretudo, como uma mudança no discurso científico, em especial na noção do que é a doença mental, cujo conhecimento deve ser passado às famílias cuidadoras no intuito de prepará-las à árdua tarefa de assistir o paciente voluntário em seus domicílios. Nesse sentido será crucial a vontade política para a implantação de estruturas substitutivas de assistência, para que haja efetivamente o deslocamento das ações de saúde mental para tal contexto comunitário, redimensionando novos espaços de tratamento ao sofrimento psíquico. Tal tratamento deve estar articulado a uma abordagem que visa a reabilitação e

reintegração social, aliados a projetos terapêuticos, com formas mais adequadas e individualizadas de cuidado à loucura.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura**. Interface – Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, vol. 10; n. julho/dec. 2006.

AMARANTE P.O **homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

BANDEIRA, M., & Barroso, S. (2005). **A sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (1), 34-46.

BASAGLIA, Franco. **As instituições da violência**. In: AMARANTE, Paulo (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 91 – 149.

BAUMGART, Amália. **Lecciones Introductorias de Psicopatologia**. 2ª edição. Buenos Aires: Eudeba, 2006.

BRASIL/MS (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2004 (Série E)**. Brasília: Secretaria-executiva de Atenção à Saúde

_____ (1986). **VIII Conferência Nacional de Saúde -Relatório Final**. Brasília: Autor.

_____ (1987). **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília.

_____ (1992). **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília.

_____ (2001). **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Caderno de Textos.

_____ **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário oficial da União* 2002; 20 fev.

_____ **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992.** Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. *Diário Oficial da União* 1992; 30 jan.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. **"Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados"**. in: *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, nº 1, P.142-158 (Publicado originalmente na *Revista Médica Fluminense*, Ano V, nº 6, P. 241-62, setembro de 1839).

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. **A Institucionalização da Loucura:** enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009 .

FOUCAULT, Michel. *A água e a loucura* (1963). In: _____. **Problematização do sujeito:** Psicologia, psiquiatria e psicanálise. *Ditos e Escritos I*. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 205-209.

_____. **A casa dos loucos.** In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2008, p. 113-128.

_____. **História da loucura na idade clássica.** Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./abr. 2004, p. 75-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed.. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GONÇALVES, A., & Sena, R. (2001). **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 9(2), 32–47.

JOBIM, J. M. C.; SILVA, J. J.; SANTOS, C. J. **Relatório da Comissão de Salubridade Geral, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro**, apresentado e aprovado na sessão de 19 de junho (de 1830). Semanário de Saúde Pública, n. 15, p. 77-81, abr./1831

MACHADO, Roberto. **Aos loucos, o hospício**. In: MACHADO, Roberto et al. Danação da norma. a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 423-443.

MARTINEZ, A., Nadal, S., Beperet, M., & Mendióroz, P. (2000). **El enfermo esquizofrênico y sus familias inmersos em um cambio profundo**. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra. Suplementos*, 23(1),11-122.

MEDEIROS, Tácito de. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ (mimeo), 1977.

MELMAN, J. (2002). **Família e doença mental**: repensando a relações entre profissionais de Ministério da Saúde (2009). Recuperado em 10 de dezembro, 2009, de <http://www.saude.gov.br>.

MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa da Misericórdia de São Paulo (1599-1884):** contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976. (Coleção Ciências Humanas).

MORENO, V., & Alencastre, M. B. (2004). **A família do portador de sofrimento psíquico e osserviços de saúde mental: estudo de caso.** Acta Scientiarum. Health Sciences, 26(1), 175-181.

_____ (2003). **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37(2), 43-50.

MORGADO, A., & Lima, L. A. (1994). **Desinstitucionalização:** suas bases e a experiência internacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43(1), 19-28.

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma psiquiátrica:** as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2009.

PEREIRA, M.A.O., & Pereira, A.Jr (2003). **Transtorno mental:** dificuldades enfrentadas pela família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37(4), 92-100.

RESENDE, H. (1987). **Políticas de Saúde Mental no Brasil:** uma visão histórica. In S. Tundis & N. R. Costa (orgs.), Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes.

ROSA, Luiz Alfredo Garcia. **Freud e o Inconsciente.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SIGAUD, José Francisco. **Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Xavier Rio de Janeiro.** Diário de Saúde ou Efemérides das Ciências Médicas e Naturais 1835 do Brasil, v. I, n. 1, p. 6-8, abril. (Republicado em Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental, v. VIII, n. 3, p. 559-62, setembro, 2005).

TESSLER, R. C., & Gamache, G. M. (2000). **Family Experiences with Mental Illness.** AuburnHouse, Westport.

VIDAL, C.E.L., Bandeira, M., & Gontijo, E.D. (2008). **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1),70-79

VILLARES, C.C. (2000). **Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 53-55.

WAIMAN, M.A. P., Jouclas, V.M.G., & Stefanelli, M.C. (1999).**Família e doença mental**. *Família, Saúde e Desenvolvimento*,1(1/2), 27-32.

WAIMAN, M.A.P. (2004). **O cuidado às família de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

WORLD Health Organization (2001).**The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope**. Geneva: WHO.

YACUBIAN, J. e Neto, F. L. (2001). **Psicoeducação Familiar**. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 98-108.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista destinado aos profissionais da saúde mental (CAPS – São Bento- MA)
--

- 1) Criação e evolução dos Projetos assistenciais executados pelo CAPS na comunidade local.
- 2) Contribuições das experiências estabelecidas com a família cuidadora dos portadores de transtorno mental.
- 3) As iniciativas e os procedimentos adotados para a reabilitação e reintegração do doente mental no cenário de produtividade.

APÊNDICE B – Encontro em homenagem ao Dia das Mães realizado com os portadores de transtorno mental assistidos pelo CAPS (São Bento – MA/ Ano:2015).



APÊNDICE C – Apresentações realizadas no Encontro do dia das mães



APÊNDICE D – Atividades individuais e coletivas de incentivo à prática produtiva do artesanato, desenho, pintura e outras.



APÊNDICE E – Produções dos portadores de transtornos mentais



APÊNDICE F – Reunião com os cuidadores do doente mental



APÊNDICE G – Atividade diversificada



ANEXOS

ANEXO A – Formulário do Projeto Terapeuta Singular



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.418.184/0001-20
Rua Governador Newton Bello – Centro São Bento- Maranhão
Centro de Atenção Psicossocial –CAPS I**

Projeto Terapeuta Singular

Nome:.....N.Pront.....

Terapeuta de Referencia:

1. História Social pct.

.....
.....
.....
.....
.....

2. Diagnóstico psiquiátrico:.....

3. Diagnóstico Multidisciplinar:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Intervenção Multidisciplinar (metas):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Reavaliação e Obsevações:

ANEXO C – Termo de compromisso para o CAPS

1 - O tratamento funciona em um ou dois turnos durante os cinco dias da semana, das 08:00 às 18:00 horas, salve exceções dos pacientes que por intercorrência precisarem ficar em observação no horário noturno e fins de semana.

2 - Ao assinar o termo de compromisso do seu tratamento, o usuário do CAPS seu familiar e/ou responsável deverá estar ciente dos direitos e deveres, das normas estabelecidas pela instituição.

3 - O usuário do CAPS em tratamento deverá participar com assiduidade e pontualidade, das atividades propostas pela equipe técnica, como grupos, atividades educativas, palestras, etc.

4 - Os alimentos e as medicações serão fornecidas pela instituição, de acordo a prescrição médica, não sendo permitido o consumo de refeições e de remédios trazidos de casa. As receitas prescritas por médicos de outros serviços deverão ser levadas ao conhecimento do assistente afim de serem mantidas.

5 - Qualquer crítica ou reivindicação deverá ser realizada no Grupo Operativo e avaliada dos princípios da cordialidade e respeito.

6 - Cada três ausências não justificadas, corresponderá a uma falta. Se continuadas ou alternadas com frequência, ocorrerá visita domiciliar para avaliação das mesmas, junto à família e ao paciente, será decidido o seu retorno ou alta sendo o paciente encaminhado para tratamento ambulatorial e esta a alta será considerada alta por abandono.

7 - O Usuário do serviço em tratamento, será visitado em seu domicílio quando se fizer necessário.

8 - Os familiares e/ou responsáveis dos usuários do serviço deverão participar das reuniões de família, programadas pelo Serviço Social e das reuniões individuais quando solicitadas pela equipe.

9 - A instituição não se responsabiliza pelos pertences dos seus usuários.

10. Não é permitido fumar dentro das dependências da instituição.

11 - É proibido qualquer tipo de comercialização nas dependências internas do serviço.

12 - O serviço isenta-se de toda e qualquer responsabilidade no trajeto (ida e volta) do paciente, sendo esta responsabilidade do familiar e/ou responsável, sendo a instituição responsável por estes somente no horário de funcionamento.

13 - As exceções e omissões deste regulamento serão avaliadas pela equipe técnica quando se fizerem necessárias.

ANEXO D – Termo de responsabilidade
--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nº do Prontuário: _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

Declaro ciente das condições e normas do Serviço e assumo a responsabilidade pelo trajeto (ida e volta) do paciente: _____

Assinatura do responsável

Dados do Responsável:

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Identidade nº _____ CPF Nº _____

Grau de Parentesco: _____

Local de Trabalho: _____

Função que exerce: _____

Endereço Comercial: _____

Telefone residencial: _____ Comercial: _____

Outro endereço para contato: _____

ANEXO E – Formulário de Anamnese Multidisciplinar



**PREFEITURA DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

ANAMNESE MULTIDISCIPLINAR

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Usuário: _____

PARECER DO ENFERMEIRO(A):

SITUAÇÃO PREGRESSA (Patologias Clínicas, Diabetes, Hipertensão, Tb, etc)

TRATAMENTOS

SINAIS VITAIS:

PA.: _____ mmHg Tax: _____ Pulso: _____ Resp.: _____

Ass. Enfermeiro(a) Carimbo

ANEXO F – Formulário utilizado pela equipe multidisciplinar



**PREFEITURA DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

suário: _____

etor: _____ Data: ____/____/____

édico(a): _____

nfermeiro(a): _____ Assinatura

ssist. Social: _____ Assinatura

sicólogo: _____ Assinatura

rapeuta Ocupacional: _____ Assinatura

ANEXO G – Formulário de Avaliação psiquiátrica em terapia ocupacional



**PREFEITURA DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Usuário: _____

ATIVIDADE QUE JÁ REALIZOU:

ATIVIDADES QUE GOSTARIA DE REALIZAR

APTIDÕES, INTERESSES CULTURAIS E OUTROS

ATIVIDADES DE LAZER

EXAME FÍSICO

MOTRICIDADE:

DEFORMICIDADES:

COORDENAÇÃO MOTORA:

ANEXO H – Formulário de Avaliação psicomotor em Educação Física
--



PREFEITURA DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS
AValiação PSICOMOTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Usuário: _____ DN ____ / ____ / ____

• Estado Clínico:

- () Dependente Químico: _____
- () Pessoa com necessidade especial: _____
- () Outros: _____

INFORMAÇÕES GERAIS:

• Você teve aulas de Educação Física na Escola? O que achava da disciplina?

() Ótima () Boa () Regular () Péssima () Não teve aulas de Educação Física na escola.

• Justifique sua resposta: _____

• Qual a modalidade esportiva que gostaria de praticar?

resposta: _____

• Atividade que já realizou:

resposta: _____

ANÁLISE FÍSICO E MENTAL DO USUÁRIO:

• Performance motora;

() ótima () boa () Regular () Péssimo

OBS.: _____

• Aprendizagem motora

() ótima () boa () Regular () Péssimo

OBS.: _____
