

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

**ANÁLISE DOS NOVOS TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
crítica à utopia e realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília**

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

**ANÁLISE DOS NOVOS TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
crítica à utopia e realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

**ANÁLISE DOS NOVOS TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
crítica à utopia e realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

---

Prof.  
Avaliador 2

BRASÍLIA – DF  
2015

### **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

À minha avó, Tereza Pitombeira, *in memória*, modelo de força e determinação que dedicou anos de sua vida aos meus cuidados.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por permanecer ao meu lado, nos bons e maus momentos, e sempre ter acreditado nos meus sonhos e decisões, apoiando-me em todas as fases da minha vida.

Ao professor Ileno Izídio pelo apoio e entusiasmo no amadurecimento dos nossos conhecimentos e conceitos e nos levou a execução e conclusão deste trabalho.

A todos os professores pela colaboração e tempo dedicados a ampliação de aprendizado e reflexão crítica.

Aos colegas de especialização pela oportunidade de convívio. Vivemos esse período de finais de semana juntos, com muito trabalho, mas com muita alegria, risadas e trocas culturais.

Aos companheiros de trabalho, pessoas com quem divido angústias e alegrias e, sobretudo, aprendizados os quais levarei comigo sempre.

Ao meu grande afeto Guido Dantas pelo compartilhamento do entusiasmo, pela motivação e pelo constante cuidado que dedica a mim.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

## RESUMO

Ao longo da história da humanidade, a forma de compreender e lidar com a loucura e a doença mental sofreu grandes variações. Consequentemente, as instituições psiquiátricas e o sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas. A Reforma Psiquiátrica surge a partir da necessidade de formulação crítica e prática da saúde mental e tem como objetivos questionar e elaborar propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Logo, este trabalho busca fazer uma reflexão acerca dos novos tempos de Reforma Psiquiátrica, dos avanços e dos desafios, a partir da crítica à utopia e à realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília. A fim de atingir o objetivo, realizamos levantamento bibliográfico, que nos permitiu ter uma visão maior do problema, compreendermos como a loucura vem sendo vista e tratada pela sociedade ao longo do tempo e, ainda, dos novos tempos de reforma psiquiátrica no Brasil e no Distrito Federal. Ainda, a partir da experiência pessoal de trabalho em equipe multidisciplinar e intervenção profissional na referida unidade e com intenção de fundamentar o estudo, foi utilizada a técnica de observação participante para dar respostas satisfatórias e aproximativas ao objetivo proposto. O trabalho permite, a partir de uma contextualização histórica, refletir os avanços, retrocessos e inúmeros desafios do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Distrito Federal, sempre num contexto de profunda ambivalência. As considerações finais começam com o reconhecimento de que a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo positivo e vitorioso, mas, sobretudo, apontam para a necessidade de desmontar a cultura e estrutura psiquiátrica e, em contrapartida, fortalecer o processo de desinstitucionalização, no sentido de (re)pensar e (re)inventar saberes e práticas no âmbito da saúde mental.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental

## ABSTRACT

Throughout human history, how to understand and deal with madness and mental illness suffered large variations. Consequently, psychiatric institutions and normative and assistance system of mental health suffered reforms. The psychiatric reform arises from the need of a critical formulation and practice of mental health and has how objective to question and develop proposals to transform the classical model and paradigm of psychiatry. Therefore, this work make search a reflection on the new times of psychiatric reform, the advances and challenges, from the critique of utopia and reality in intervention by CAPS AD III Candango of Brasilia. In order to reach the objective, we conducted bibliographic survey, which allowed us to have a broader view of the problem, understand how madness have been seen and treated by society over time, and also the new times psychiatric reform in Brazil and in the Distrito Federal. Still, from the personal experience of multidisciplinary teamwork and professional intervention on the referred unit and with intention to base the study, we used the participant observation technique to give satisfactory answers and close to the proposed objective. The work allows, from historical context, reflect advances, setbacks and many challenges of Psychiatric Reform consolidation process in Brazil and the Distrito Federal always in a context of profound ambivalence. The final considerations give initiate with the recognition that the Brazilian Psychiatric Reform is a positive and victorious process, but above all, point to the need to dismantle the culture and psychiatric structure and, in turn, strengthen the deinstitutionalization process, in the sense to rethink and re invent knowledge and practices in the ambit of mental health.

**Keywords:** Deinstitutionalization; Psychiatric Reform; Mental Health.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
- COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
- COSAM – Coordenação de Saúde Mental
- CR – Consultório de Rua
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DEFER – Departamento de Educação Física, Esportes e Recreação do Distrito Federal
- DISAM – Diretoria de Saúde Mental
- ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde
- EUA – Estados Unidos da América
- FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
- FHC – Fernando Henrique Cardoso
- GESAM – Gerência de Saúde Mental
- HCTP – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- HMIB – Hospital Materno-Infantil de Brasília
- HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
- ISM – Instituto de Saúde Mental
- MDB – Movimento Democrático Brasileiro
- NAI – Núcleo de Ações Integradas
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- NAT/HMIB – Núcleo de Apoio Terapêutico do Hospital Materno-Infantil de Brasília
- NAUAD – Núcleo de Acolhimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
- NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil
- NUDIN – Núcleo de Atendimento Especializado as Pessoas em Situação de Discriminação Sexual, Religiosa e Racial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG'S – Organizações Não Governamentais
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular  
PVC – Programa de Volta Pra Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno  
SAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde  
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UA – Unidade de Acolhimento  
UNACAS – Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua  
UNAF – Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias  
UNB – Universidade de Brasília  
UNISUAS – Unidade  
UP/HBDF – Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....	14
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>17</b>
2.1 A LOUCURA NO PROCESSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE E O ADVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES .....	17
2.2 AS (RE)EVOLUÇÕES NO MODELO DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL	23
2.3 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL .....	31
2.4 A INTERVENÇÃO DO CAPS AD III CANDANGO .....	39
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho tem o objetivo de fazer uma reflexão acerca dos novos tempos de Reforma Psiquiátrica, dos avanços e dos desafios, a partir da crítica à utopia e à realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília.

A escolha do tema foi decorrente da experiência em equipe multidisciplinar e intervenção profissional que realizo dentro da política de saúde, especificamente na saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD III Candango, unidade especializada em atender pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

Ao longo da história da humanidade, a forma de compreender e lidar com a loucura e a doença mental sofreu grandes variações, com momentos de aceitação e convívio, assim como períodos de negação e exclusão dos sujeitos. Na antiguidade, as doenças eram entendidas como resultantes da ação sobrenatural, manifestação divina. É a partir da Idade Média que os loucos são vistos como possuídos pelo demônio e, assim, muda-se radicalmente a forma como são tratados. Os loucos passam a ser submetidos a espancamentos, privações, torturas e confinamentos em grandes asilos destinados a criminosos, inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Apenas no século XVIII, o psiquiatra Philippe Pinel teve a ousadia e mérito de romper com aquela lógica e libertar os doentes mentais das correntes. Os asilos deram espaço para os manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais.

Ao buscar fazer uma análise reflexiva da trajetória histórica da loucura, é imprescindível que se considere o contexto social, político, cultural e econômico de cada época. Esse entendimento nos permitirá ter uma compreensão acerca do processo histórico e atual cenário da saúde mental no Brasil.

As instituições psiquiátricas e o sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas. Houve muita luta e resistência ao modelo de institucionalização da loucura, a favor de um novo modelo de saúde mental. Dava-se início ao processo da Reforma Psiquiátrica no país, cujo marco de conquista se dá com a aprovação da Lei nº. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O movimento gerou impacto social, cultural e político no âmbito da saúde brasileira, sobretudo na saúde mental.

Ainda que com muitos avanços e conquistas, os obstáculos se põem diante da consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. A política de saúde mental enfrenta, assim como a saúde de maneira geral, um processo de flexibilização e precarização. O neoliberalismo, enquanto proposta política, acentuou-se através da privatização, da descentralização e da focalização das políticas públicas e sociais. Cohn (1999) reflete que é como conciliar as intensas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social de desvalorização das políticas sociais no geral reforçadas pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais.

De maneira resistente, a Política Nacional e do Distrito Federal de Saúde Mental vem progredindo no que se refere a desconstrução do modelo manicomial e de desospitalização, a partir da formulação de estratégias efetivas na construção de uma rede de atenção extra-hospitalar, de modo a atender as demandas territoriais específicas sem desassistir. Esse processo de desconstrução e transformação de modelos tem permitido que novos saberes e práticas sejam experimentados no campo da saúde mental, que novos serviços surjam e, ainda, que se repense as maneiras de cuidar do outro, com o olhar para a defesa dos direitos humanos, o posicionamento em favor da universalidade de acesso aos serviços e políticas sociais e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Trata-se de uma proposta de transformação concreta da conjuntura atual da saúde mental no Brasil e que tem mobilizado diversos atores num movimento de desconstrução e (re)construção.

Diante do exposto, o presente trabalho busca analisar de forma crítica os avanços e desafios na implantação e implementação da política nacional de saúde mental no Distrito Federal. A fim de atingir o objetivo proposto foi realizado um levantamento bibliográfico a partir de publicações de referência no campo da saúde mental e também apreciação da legislação vigente que estabelece diretrizes para a assistência em saúde mental. Ainda, com intenção de fundamentar o estudo, foi realizada observação participante em um CAPS AD III de Brasília.

O assunto abordado se justifica devido à necessidade de alargamento do debate acerca das políticas públicas e sociais em saúde mental a nível federal e no âmbito do Distrito Federal, enfatizando a necessidade do fortalecimento do processo de desinstitucionalização, entendida aqui como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, e os impedimentos encontrados no

movimento em prol da consolidação da Reforma Psiquiátrica, buscando garantir a construção de uma rede articulada de atenção em saúde mental.

Neste sentido, este trabalho monográfico estrutura-se em cinco capítulos. O primeiro, intitulado Delineamento Metodológico, trata do procedimento metodológico da investigação científica, das técnicas empregadas para desenvolvê-la, a forma como os dados foram analisados e dos caminhos percorridos no campo de pesquisa.

O segundo capítulo – A Loucura no Processo Histórico da Humanidade e o advento da Reforma Psiquiátrica: primeiras aproximações, tem o propósito de analisar o percurso histórico da loucura e sua relação com a sociedade, a maneira como esta foi se constituindo em diferentes contextos sociais, culturais, econômicos e políticos ao longo dos tempos em relação aos manicômios, bem como o rompimento com o paradigma da loucura e o surgimento do movimento de Reforma Psiquiátrica.

O terceiro capítulo – As (Re)Evoluções no Modelo de Saúde Mental do Brasil, faz um breve histórico do processo de construção do SUS no âmbito da Reforma Sanitária e adentra à discussão da atual política de saúde mental no Brasil.

O quarto capítulo - A Trajetória da Saúde Mental no Distrito Federal, tem o objetivo de traçar um panorama da saúde mental pública no Distrito Federal, identificando os avanços e contratempos na implementação da política de atenção à saúde mental em conformidade aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O capítulo quinto – A Intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília, apresenta uma análise crítica acerca da política de saúde mental no Distrito Federal, a partir de um breve histórico da criação e da intervenção do CAPS AD III Candango, unidade de saúde especializada em atender pessoas dependentes de álcool e outras drogas, maiores de 18 anos de idade.

O último momento reserva-se às Considerações Finais.

## 1.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A decisão pela escolha da metodologia de pesquisa não é considerada tarefa fácil, por existir a necessidade de se estabelecer, a priori, os objetivos dos estudos e o tipo de objetivo a investigar. Entretanto há outros fatores importantes para se relevar. Geralmente a escolha por determinada metodologia está diretamente relacionada com as crenças e perspicácia do investigador acerca da natureza do conhecimento, dos limites do conhecimento científico e da própria visão de mundo (GIL, 1994).

O método é o caminho para se chegar a determinado fim, e método científico é o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento. Para que os conhecimentos sejam considerados científicos, torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento (GIL, 1994).

Neste estudo tornou-se oportuno realizar pesquisa bibliográfica que é a primeira etapa na construção efetiva de uma investigação científica, ou seja, após a escolha do tema em estudo é necessário fazer um levantamento bibliográfico acerca do que já foi tornado público em relação ao objeto a ser pesquisado: artigos, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, filmes, dentre outros.

Lakatos e Marconi (1991), citando Manzo (1971), destacam que a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam suficientemente.

Segundo Gil (1994), a principal vantagem desse tipo de pesquisa está no fato da mesma permitir ao pesquisador uma cobertura de inúmeros fenômenos muito mais ampla do que aquela que ele poderia pesquisar diretamente. Assim, a análise bibliográfica não consiste em uma repetição do que já dito ou escrito, mas em propiciar ao pesquisador a análise do seu tema a partir de um novo enfoque, levando-o a conclusões inovadoras.

Dessa maneira, a metodologia empregada, a princípio, constituiu-se de um levantamento bibliográfico, que nos permitiu ter uma visão maior do problema, dando-nos embasamento para o trabalho de campo que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de questões e fenômenos que surgem no interior de uma sociedade.

Para analisarmos acerca dos novos tempos de reforma psiquiátrica e de como a loucura vem sendo vista e tratada pela sociedade, realizamos um estudo sobre a atual conjuntura,

buscando compreender como a saúde mental se constituiu social, política e culturalmente no processo histórico, funcionando como um instrumento ideológico para justificar a necessidade de aprisionamento e isolamento das pessoas com transtorno mental.

O trabalho consiste ainda em fazer uma análise à utopia e à realidade na intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília, tais análises são oriundas da minha experiência de trabalho em equipe multidisciplinar e intervenção profissional na referida unidade. Logo, a técnica utilizada para dar respostas satisfatórias e aproximativas ao objetivo proposto deu-se por meio de observação. Segui atuando junto a equipe multiprofissional do CAPS, participando das discussões e reuniões de equipe, bem como observando as respostas e encaminhamentos dados às demandas e casos apresentados.

Para Lakatos e Marconi (1991), a observação é uma técnica de coleta de dados, que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizado na pesquisa de campo e se constitui como ponto de partida da investigação social.

Segundo as autoras, a observação subsidia “o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (LAKATOS & MARCONI, 1991: p. 191).

A partir dos meios utilizados para realizar a observação, optamos pela observação participante, caracterizada pela participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. A escolha está associada também ao fato da pesquisadora exercer sua intervenção profissional junto a política de saúde mental, especificamente no CAPS AD III Candango, o que a caracteriza como sujeito de pesquisa. Para Lakatos e Marconi (1991) a observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tornando-se o observador um membro do grupo de modo que vivam e trabalhem dentro do sistema de referência dos observados. Ainda, realizaremos a observação individual por podermos intensificar a objetividade das informações, anotando os dados e quais as interpretações.

Em função da natureza dos dados levantados no presente estudo e com o objetivo de criar um espaço para as pessoas manifestarem suas ideias com mais liberdade e em um nível maior de profundidade, firmamos um contrato ético de não citar os profissionais e, portanto, manter a identificação dos sujeitos em sigilo.



Durante o trabalho de campo, a interação do pesquisador com os sujeitos da investigação é essencial. Nessa fase se estabelecem relações de intersubjetividade, das quais resulta o confronto da realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A LOUCURA NO PROCESSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE E O ADVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

A loucura nem sempre foi entendida como doença ou problema de integração social, ao longo da história da humanidade, desde as épocas mais remotas, a loucura teve diversas denominações e sofreu inúmeras alterações nas formas de ser compreendida, ora tratada como fenômeno mágico religioso de influência dos deuses, ora como possessão demoníaca. Assim como a conceituação de loucura, os cuidados dedicados aos loucos variaram no decorrer dos tempos, sempre influenciados por crenças, costumes, religião. Falar sobre a loucura, em suas dimensões, é um desafio e torna-se necessário fazer uma abordagem mais profunda.

Pessotti (1995) apresenta a forma predominante de perceber a loucura em sociedade da Antiguidade até o século XX. Na Antiguidade, segundo o autor, a loucura era tida como vontade dos deuses, “(...) decidindo soberana o curso das coisas e dos homens (...) forçando as ‘iniciativas’ humanas (...) Roubando dos homens a razão. A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não sejam contrastados pela vontade dos homens” (p. 14).

Para os gregos, ainda na Antiguidade, os deuses tornavam alguém louco por vários e diferentes motivos: vingança, represália, inveja, dentre outros. Assim, a loucura não era vista de maneira negativa, ao contrário, era entendida como um infortúnio enviado pelos deuses. Por não ser considerada doença, mas sim uma questão que estava acima do homem e, portanto, quase nada poderia ser feito para reverter a situação, não havia tratamento para a loucura. Diante do contexto, restaria aos pobres mortais rogar aos deuses, quando existisse consciência para tal.

O sentimento que os loucos despertavam na sociedade era de compaixão e, ao mesmo tempo, de temor aos deuses, haja vista os referidos deuses poderem deixar qualquer um na mesma situação, estava sujeito apenas a suas vontades. Assim, havia uma tentativa, por parte da sociedade, de amenizar o sofrimento do louco, mostrando-lhe sua insanidade e rogando aos deuses para libertá-lo daquele peso.

O modelo psicológico é encabeçado por Eurípedes, autor de tragédias gregas na Antiguidade Clássica. Eurípedes foi um dos primeiros filósofos a contestar a ideia de que toda e qualquer loucura estivesse associada a vontade dos Deuses. É principalmente nas obras dele

que a loucura se psicologiza, chegando a uma visão mais racionalista, onde são citados os limites da natureza humana ante a força dos sentimentos e das paixões (PESSOTTI, 1995).

Hipócrates, outro filósofo da época, passou a explicar a loucura como desequilíbrio da natureza orgânica, corporal do homem, assim atribuía a causa da loucura às disfunções orgânicas, humorais, relacionadas à fisiologia. A saúde é considerada como a harmonia no sistema de humores e como equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. O desequilíbrio entre os dois sistemas ou entre os humores no interior do sistema orgânico seria a doença (PESSOTTI, 1995).

Até a Idade Média, de maneira dominante, a loucura era entendida como episódio cotidiano ou dádiva divina, a partir de seus componentes mágicos e cheios de simbolismo, e seu tratamento, se recomendado, não resultava em mecanismos de isolamento ou exclusão.

Silveira e Braga (2005), dizem que, na Idade Média, a moléstia social era representada pela figura do leproso. Representando o mal e o castigo divino, a lepra se espalhava de maneira acelerada causando medo e condenando as pessoas à exclusão. Contudo, com o término das Cruzadas e a ruptura com os focos de infecção, a lepra sai de cena, deixando aberto um lugar que vai requerer um novo representante.

Esse lugar, a princípio vago, foi ocupado pelas doenças venéreas e, e seguida, pelos pobres, delinquentes, vagabundos e loucos. Séculos mais tarde, a loucura será sucessora legítima desse lugar de exclusão.

Pessotti (1995), coloca que nessa época irá predominar a associação da loucura à possessão diabólica. Os demônios eram considerados fontes seguras de prazeres e poderes, como consequência, tornava-se mais fácil atribuir uma série de comportamentos pouco comuns, bizarros, à cumplicidade com o demônio.

No século XVII, com o Mercantilismo, prevalecia a noção de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Assim, é nesse mesmo século que começam a ser encarcerados todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo.

A ociosidade passa a ser encarada como o mal maior e combatida através de punição. São criados em toda a Europa, estabelecimentos de internação denominados hospitais gerais,

para onde eram enviados todos aqueles que comprometiam essa nova ordem: marginalizados, pervertidos, miseráveis e dentre eles os loucos (FOUCAULT, 1978).

Cerca de um século mais tarde, a loucura foi deslocada para o âmbito da medicina, portanto marcada como objeto do saber médico. A razão passa a ocupar um lugar de destaque, haja vista ser a partir dela que o indivíduo teria capacidade de conquistar sua liberdade e felicidade. Novas visões de homem, de mundo e novas formas de produção contribuíram para embasar novas práticas. Os conceitos de saúde e doença passam a ser situados a partir de uma perspectiva social, submissas às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, sempre no sentido de manter a ordem pública.

Ainda no século XVIII, acontecimentos históricos repercutiam na Europa, sobretudo na França. Com a Revolução Francesa em 1789, cujos ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” ganhavam força e excitavam transformações, começa-se um movimento de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos hospitais gerais. De acordo com os novos ideais, não fazia sentido manter pessoa com capacidade laborativa em casas de internamento, posto que se tratava de mão de obra importante para o processo de industrialização. Logo, pessoas que podiam produzir passaram a compor o mercado de trabalho.

No final do sec. XVIII, é que Pinel, considerado o pai da psiquiatria, designado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo status social para a loucura. É o momento em o saber médico se apropria da loucura, que passa a ser compreendida como sinônimo de doença mental. Pinel liberta os loucos das correntes e registra suas “alienações” no campo das classificações das doenças. Assim, a loucura, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente.

A concepção da loucura, a partir do conceito de alienação, colocava o louco numa condição de desprovemento de juízo, um ser destituído de razão e, conseqüentemente, representava um perigo, para si e para a sociedade. Dessa maneira, perde o direito de ser considerado sujeito igual aos demais cidadãos, restando-lhe apenas a interdição civil e o controle absoluto. Para Amarante (1992), citando Birman, “se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele a cidadania, sendo assim, o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social” (p. 56).

A liberdade pronunciada por Pinel não significava a liberdade de sair do asilo, seria o direito de ser tratado numa instituição autorizada. Ficava evidente que o louco seria libertado dos porões, mas permaneceriam nos hospícios. Segundo Amarante (1995), esta é a liberdade intramuros, ou seja, o alienado é privado da liberdade para ser tratado, devendo ser dobrado, tutelado, submetido e administrado.

Assim, ao passo que foi enaltecido devido à iniciativa de “libertar os loucos das correntes”, muitos anos mais tarde, Pinel passou a ser bastante criticado. Vários autores descreveram as condições sob as quais os loucos eram submetidos nas instituições psiquiátricas, sobretudo no que se refere a exclusão e estigmatização. Foucault (1978), referindo-se aos loucos e aos asilos, expôs que “reconstitui-se em torno deles todo um encadeamento moral que transformava o asilo numa instancia perpétua de julgamento; o louco tinha de ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, ridicularizado nos seus erros” (p. 26).

Além das críticas, o contexto de pós-guerra influenciou para que vários países começassem a ensaiar tentativas de repensar as intervenções dos hospitais psiquiátricos. Os movimentos diziam da busca pela humanização dos asilos, posto que muitos submetiam os indivíduos a condições desumanas.

Vasconcelos (2010) traz que no panorama internacional é possível identificar os seguintes processos históricos que foram capazes de estimular os processos de desinstitucionalização:

- Contexto de guerra: solidariedade nacional e investimento na reabilitação de pessoas com problemas associados à guerra.
- Contexto histórico de escassez de mão obra e revalorização do trabalho humano.
- Processo de transição demográfica, com aumento da população idosa, desestruturação e transformação das estruturas familiares convencionais, ocupação do mercado de trabalho pela mulher, ampliação de serviços sociais substitutivos ou de suporte ao cuidado informal prestado pela família.
- Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários e de emergência de movimentos sociais populares em geral.
- O desenvolvimento de sistemas de bem-estar social e/ou contexto de afirmação dos direitos sociais.

- Paradoxalmente, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral induzem a processos de despolitização. Geraram-se processos de desassistência à comunidade, provocando negligência social e aumento da população de rua, incluindo pessoas com transtorno mental.
- Mudanças nas formulações filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no campo psi.
- O desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas que possibilitou o tratamento em ambientes menos coercitivos e menos isolados.
- Estratégias de humanização por parte dos setores da corporação médica para responder as críticas à psiquiatria convencional.

Na década de 50, surgiu na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. O movimento foi pensado a partir de mudanças administrativas e técnicas que deveriam valorizar aspectos democráticos e participativos, mas a transformação deveria acontecer dentro do hospital.

Ainda que fosse um avanço para o período, a experiência da Comunidade Terapêutica foi alvo de muitas críticas. Amarante (1996) dizia que mesmo que a iniciativa buscasse modificar o hospital para que ele voltasse a alcançar seus objetivos iniciais de tratar os pacientes, não foi capaz pôr em xeque outros aspectos como: o lugar onde eram desenvolvidas as práticas psiquiátricas, o conceito de doença mental e a relação entre a mesma e a sociedade.

Na década seguinte, os anos 60, surgiu nos EUA o movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, que segundo Amarante (1998) seria uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. A proposta era de intervir nas causas e evolução das doenças mentais, acreditavam que além de tratá-las, podiam evitá-las. A partir dessa experiência, surge o termo saúde mental dentro da Psiquiatria.

Essa proposta influenciou a formulação de políticas de saúde mental na América Latina, inclusive foi incorporada ao discurso da Organização Mundial de Saúde, que indicava o modelo como algo a ser seguindo pelos países subdesenvolvidos.

Entretanto, é na Itália, ainda na década de 60, que surge o movimento, marcado decisivamente pela influência de Franco Basaglia, chamado de Psiquiatria Democrática, promovendo a maior ruptura e discussão no âmbito da saúde mental. A Psiquiatria Democrática

não negava a existência da doença mental, mas propunha uma maneira diferente de olhar para o fenômeno.

Basaglia ao assumir a direção do Hospital Regional de Gorizia (1961 – 1968), promoveu, junto com a equipe, grandes transformações na dinâmica hospitalar. Adotou medidas com vistas a resgatar a dignidade e cidadania das pessoas com transtorno mental e abolir os métodos violentos de tratamento. Poucos anos mais tarde, a equipe do hospital solicitou fechamento do mesmo em consonância com a abertura de centros de saúde na comunidade, isso porque a maioria dos pacientes permaneciam na instituição devido à ausência de condições econômicas e sociais.

Basaglia, na tentativa de reintegrar o doente mental à sociedade destacava a necessidade de englobar os âmbitos sociais, políticos e culturais à vida do sujeito, permitindo uma ressignificação do modo como a sociedade se relaciona com a doença. Assim, Amarante (2003), cita a experiência de Basaglia no Hospital de San Giovanni, em Trieste, onde após dois anos de trabalho foi possível abrir os pavilhões e extinguir todas as formas de coerção, caracterizando um processo que ficou conhecido como desinstitucionalização.

Nesse período, Rottelli (1990) diz que foram implantados sete centros de saúde mental em Trieste, que funcionavam 24 horas e ofereciam atenção continuada as pessoas com qualquer tipo de transtorno psiquiátrico. Além dessas unidades de saúde, foram implantados outros dispositivos inovadores no âmbito da saúde mental como: oficinas, rede de apartamentos, lares abrigados, associação de usuários e familiares, dentre outros.

Assim, instituiu-se, em 1978, a Lei 180, que proibia internações após a data estabelecida na lei, retratava condições para extinção do manicômio e inovava ao falar da implantação de serviços substitutivos. Essa Lei ficou conhecida como Lei Basaglia.

A crítica do pensamento de Basaglia caracteriza-se pela complexidade e pela busca de uma ruptura prático-teórica do saber psiquiátrico superando-o e reinventando-o. Suas ideias tornaram-se fluentes em diversos contextos e inspirou outras experiências em Reforma Psiquiátrica, inclusive no Brasil (AMARANTE, 1998).

## 2.2 AS (RE)EVOLUÇÕES NO MODELO DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL

Para que se possa compreender como se constituiu o entendimento de saúde mental no Brasil, a partir do movimento pela concretização da Reforma Psiquiátrica, torna-se necessário falarmos um pouco da história e dos mecanismos de criação da saúde pública no Brasil, da Reforma Sanitária até a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com Sônia Fleury (2009), foram várias as etapas que garantiram ou, pelo menos, disponibilizaram o acesso à saúde às pessoas. Ainda no início do século passado, imperava o modelo assistencial que estava embasado em uma perspectiva caritativa e reeducadora, com ênfase em trabalhos voluntários e políticas públicas pulverizadas e descontinuadas. Havia uma espécie de cidadania invertida, segundo a qual a pessoa “tinha que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social” (p. 744) e, conseqüentemente, do acesso aos serviços de saúde.

O modelo de seguro social, surgido posteriormente, condicionou a saúde à filiação ao trabalho. Mesmo assim, apenas algumas categorias ocupacionais tinham esse privilégio. Portanto, de acordo com Wanderley dos Santos (1979), citado por Fleury (2009), havia uma cidadania regulada pela condição de trabalho.

O período da democracia populista, compreendido entre 1946 e 1963, caracterizou-se por um alargamento desse benefício, mas o direcionava aos grupos de trabalhadores com maior poder de barganha, fenômeno esse conhecido como massificação de privilégios.

Com o golpe militar e a conseqüente instauração da ditadura, ocorreu a implantação do regime burocrático-autoritário de acesso à saúde, caracterizando-se, conforme Fleury (2009), da seguinte forma: centralização e concentração do poder nas mãos da tecnocracia, com a exclusão dos trabalhadores no processo de tomadas de decisão e do gerenciamento das políticas sociais; aumento da cobertura de saúde que incorporava, de maneira precária, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os trabalhadores autônomos; criação de fundos de contribuição social como forma de autofinanciamento dos programas; e privatização dos serviços sociais, em especial a educação e a saúde.

Em meados dos anos 70, as forças oposicionistas e redemocratizadoras se tornaram mais fortes principalmente a partir das eleições municipais de 1974 com a ascensão ao poder de várias prefeituras ligadas ao partido Movimento Democrático Brasileiro – MDB. Nos anos 80, a luta pela redemocratização foi além dos partidos políticos e tomou conta dos mais variados



movimentos populares. O ponto alto desse momento se deu com a formação da Assembleia Nacional Constituinte, a partir de 1987 que promulgou a Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã.

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ter um aspecto universal, ou seja, tornou-se direito de toda e qualquer pessoa, independentemente de sexo, idade, raça, religião, política, cor, classe social. Passou também a ser um dever do Estado, subordinando as práticas privadas à regulação pública. Fleury (2009) ressalva que passou a haver “uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, com um arranjo organizacional descentralizado” (p. 746).

A nova realidade de acesso à saúde passou a seguir os seguintes aspectos: participação e controle sociais, rede descentralizada e integrada regionalização e hierarquização, e participação paritária com a sociedade organizada.

O SUS nasceu junto com a constituição de 1988 e foi fruto da Reforma Sanitária, que já ultrapassa os 20 anos de existência. O SUS, tal como mencionado anteriormente, tem sua base legal e conceitual na Constituição Federal de 88, mas ele foi regulamentado por meio das leis nº 8.080 e 8.142, ambas em 1990. Os princípios que a regem são (BRASIL, 2005):

- Universalidade: garantia de acesso universal contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Equidade: oferta dos serviços de saúde de maneira igualitária, sem quaisquer tipos de preconceitos e privilégios;
- Controle Social: as ações são controladas pelos atores sociais, nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, por meio dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

A concepção idealista do SUS, no entanto, passou a ser confrontada com a ideologia neoliberal que já começava a aparecer quando de sua regulamentação. Com a redução do papel de provedor do Estado, essa competência (saúde) foi transferida para organizações civis com ou sem fins lucrativos, entre elas, as Organizações Não-Governamentais. Observa-se, de longa data, a despeito do SUS, um sistema público de saúde para a população pobre e marginalizada e outro sistema de seguros de saúde para aqueles que podem pagar por uma saúde privada e que também têm o direito assegurado de usar o sistema público. A partir da discussão de Fleury (2009), é oportuno notar que há um verdadeiro resseguro em alguns casos e tratamentos, visto que os portadores de seguro podem se valer dos serviços do SUS. A mercantilização da saúde

faz com que ela seja tida como um verdadeiro bem de consumo e ela acaba sendo regida, em alguns casos, pelo direito do consumidor ao invés do direito à saúde. Dessa forma, criou-se um direito sanitário o qual as pessoas que possuem mais recursos e informações acionam quando tem seus direitos negados. Há, portanto, uma exacerbação dos valores individualistas e consumistas quando, em contrapartida, procurou-se instituir em sistema de saúde com prioridades axiológicas voltadas para o coletivismo e o compartilhamento.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em sua publicação “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental do Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, de 2005, a Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporânea da eclosão da Reforma Sanitária, ambos ocorridos nos anos 70. No entanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem uma história própria e começou a partir da crise do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico (hospitalocêntrico), com a luta pela superação da violência cometida em asilos congêneres.

Assim, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil que se deu no final dos anos setenta, em conformidade com os movimentos sociais e democráticos mais vigorosos que o país vivia, fundamentou-se essencialmente na experiência da reforma italiana conduzida por Franco Basaglia. Devera e Costa-Rosa (2007) expunham que o objetivo era questionar o modelo hospitalocêntrico, avaliando como inaceitável a exclusão, cronificação e a violência desse modelo. No entanto, a Reforma Psiquiátrica atravessou um grande trajeto marcado por dificuldades e conflitos, mas com o foco mantido na reorientação da assistência psiquiátrica, buscando repensar e reinventar o modelo assistencial hegemônico.

Tenório (2001) coloca que a reforma psiquiátrica no Brasil se dividiu em duas vertentes básicas que, com tempo se tornaram complementares. A primeira delas é a crítica à relação cuidador e cuidado na clínica, que é o principal dispositivo socialmente construído para lidar com o fenômeno da loucura. Nessa vertente, a reforma se preocupou com as formas de cuidado deste louco. Aqui se colocam em jogo as relações de poder, de violência, de destituição do sujeito e tentativas de normatização.

A outra vertente da reforma defende que a superação da prática manicomial só se dá com a superação do paradigma da clínica (TENÓRIO, 2001). Refere-se, portanto, a comunidade que o sujeito está inserido, as suas redes sociais ajudariam no processo de enfrentamento do sofrimento e seriam o melhor suporte que este sujeito pode ter. A partir do exposto, percebe-se

uma descentralização do poder do técnico em saúde mental e de seu saber, para uma real valorização da capacidade da família e de sua comunidade em lidar com a loucura.

Vasconcelos (2000) apresenta de maneira didática e sistematizada a periodização da história dos avanços na Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. A periodização se inicia em 1978 e tem por base os principais estados do Sudeste (Rio Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), por avaliar como maior cenário de rede de serviços psiquiátricos no país.

O primeiro período refere-se ao intervalo de 1978 – 1982. Esse período é marcado pela mobilização na sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura e, ainda, proto-formas das “ações integradas de saúde”.

Para Vasconcelos (2000), o movimento inicia-se com a mobilização dos trabalhadores da saúde mental, trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, que começam a se organizar e a denunciar maus tratos e violência em manicômios, a criticar também mercantilização da loucura e a propor formas alternativas de tratamento mental. Ainda nesse período, é feita a primeira tentativa de mudança do sistema global de saúde do país, no processo que mais tarde foi chamado de reforma sanitária.

Os anos seguintes (1982 – 1987), segundo Vasconcelos (2000), são de expansão e formalização do modelo sanitarista, da expansão de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, composta basicamente por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos e humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais.

De acordo com Tenório (2001), no início da década de 80, quando se falava em humanização, era no sentido de não tratar mal uma pessoa que está doente. A humanização ainda tinha um sentido de incapacidade e infantilização. Logo, a saída para diminuir o número de pacientes internados e evitar a superlotação, era a criação de ambulatórios.

A partir da segunda metade da década de 80, além de denúncias e conseqüente descrédito do modelo tradicional, o Brasil assistiu, segundo Tenório (2001), a três processos que foram de suma importância para a real implantação do movimento antimanicomial: a ampliação dos atores sociais envolvidos com a saúde mental, a iniciativa de revisão legislativa e o surgimento de experiências não-manicomiais bem sucedidas.

Ademais começaram a surgir experiências não manicomial bem sucedidas no país. Tenório (2001) destaca a criação de NAPS/CAPS em Santos e São Paulo, que são definidos como centro de atenção psicossocial, com assistência regionalizada e que tem como responsabilidade primordial o atendimento e acolhimento da loucura em sua totalidade, oferecendo maior número de alternativas de cuidado. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Era uma demonstração de que a Reforma Psiquiátrica no que se refere a desospitalização e novas forma de cuidar seriam uma realidade possível.

Vasconcelos (2000), aponta para o fechamento temporário do espaço político de mudanças a partir do Estado, sobretudo com o governo Sarney em nível Federal. Apesar disso, foi possível acompanhar a consolidação de algumas conquistas iniciadas no período anterior, como a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde.

Esse momento, ressalva Vasconcelos (2000), foi marcado pela emergência da luta antimanicomial e transição da estratégia política em direção ao modelo da desinstitucionalização psiquiátrica. Assistem-se as primeiras iniciativas oficiais a partir da nova estratégia do movimento: o lançamento, em 1989, do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Essa iniciativa de uma revisão legislativa, intensificou a discussão por toda a sociedade.

Segundo a publicação “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental do Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, de 2005, é na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, em 1990, e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, apresentada como um marco na história da psiquiatria brasileira, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Vasconcelos (2000) observa ainda os avanço da consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica com abertura de mais de 2 mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 serviços de atenção psicossocial. Assistiu-se a um avanço significativo dos movimentos de luta antimanicomial, com um aumento expressivo no número de organizações de usuários e familiares.

Apesar, não foram só avanços, Vasconcelos (2000) diz também que esse período foi inicialmente marcado por limites à expansão da Reforma no plano federal, tendo em vista as políticas neoliberais do governo FHC. No quadro econômico e social há aumento do desemprego, miséria e violência social. O Ministério da Saúde, através do Programa Saúde da Família, implementa equipes básicas de saúde que atuam junto às comunidades e recolocam como de suma importância os cuidados com a saúde mental da população. Assim, vários foram os recuos e, paradoxalmente, consolidação e difusão dos serviços de atenção psicossocial nos planos regionais e locais.

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, é que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nesse intervalo de tempo, muitos serviços, programas e projetos voltados à atenção das pessoas com transtorno mental, inclusive aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, foram implantados e ganharam visibilidade ao passar dos anos. A proposta é construir um modelo de saúde mental aberto e de base comunitária, que garanta a inserção social dos indivíduos, ressignifique experiências, trabalhe a autonomia e protagonismo das pessoas e reconstrua projetos de vida a partir da superação de vulnerabilidades vivenciadas.

Também em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar, Sim. Excluir, Não”, trouxe como discussão central uma assistência pautada em ações capazes de efetivar o acesso, qualidade, humanização e controle social. Logo, definidos os termos do debate, apresentaram os seguintes subtemas: financiamento; recursos humanos; controle social, e acessibilidade, direitos e cidadania.

Com o tema “Saúde Mental Intersetorial”, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 2010. Essa Conferência tinha como objetivo garantir a intersetorialidade entre as políticas públicas. Assim, foram discutidos acerca das política sociais e de Estado como direitos humanos e de cidadania, da pactuação de novos caminhos intersetoriais, da consolidação da rede de atenção psicossocial e também do fortalecimento dos movimentos sociais.

O último “Saúde Mental em Dados 10”, de março de 2012, apresenta um quadro geral da rede de atenção, identifica os principais desafios e propõe a construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede.

O documento mostra uma expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos: em 1998 eram 148 CAPS em todo o Brasil, chegando a 1742 serviços habilitados em 2011, distribuídos da seguinte maneira: CAPS I – 822, CAPS II – 431, CAPS III – 63, CAPS i – 149, CAPS AD – 272 e CAPS AD III – 5.

Aqui é importante explicar que os CAPS I são indicados para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionam de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Os CAPS II para uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionamento de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, ainda pode ter um terceiro período de funcionamento até as 21h. Os CAPS III para população acima de 200.000 habitantes, seu funcionamento é contínuo e ininterrupto (24 horas), inclusive aos domingos e feriados. Os CAPS i, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes, também é indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionamento de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, ainda pode ter um terceiro período de funcionamento até as 21h. Os CAPS AD, para o público que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, é recomendado para municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionamento de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, ainda pode ter um terceiro período de funcionamento até as 21h. Os CAPS AD III difere do CAPS AD no que se refere ao funcionamento, haja vista ser 24 horas, inclusive executar atividades aos domingos e feriados

O Serviço Residencial Terapêutico – SRT, de acordo com a Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011, constitui-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP. Conforme o “Saúde Mental em Dados 10”, o ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRT’s em fase de implantação.

O Programa de Volta Pra Casa – PVC, instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em seu componente “estratégias de desinstitucionalização” e promove um contexto favorável no campo da reinserção social das pessoas egressas de instituições psiquiátricas após períodos de longa internação. Ele oferece

um benefício de R\$ 412,00 mensais por um ano com possibilidade de renovação. O “Saúde Mental em Dados 10” revela que em relação ao número de moradores de hospitais, o PVC apresenta evolução tímida, porém os investimentos na RAPS que marcam o final do ano de 2011 fazem do Programa um potencial instrumento no campo da reinserção social e resgate de cidadania de pessoas ainda em situação de internação de longa permanência. Em fevereiro de 2012 o Programa alcançou mais de 4 mil beneficiários. Os processos de fechamento de hospitais, em especial nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuem de forma significativa para o aumento de beneficiários cadastrados no Programa.

O Consultório de Rua (CR) nasce como uma estratégia de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. Ainda, promove a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. O documento “Saúde Mental em Dados 10” destaca 92 Consultórios de Rua implantados ou em implementação até o ano de 2010. O projeto ficava sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, mas, em 2012, o Consultório de Rua passa a ser denominado “Consultório na Rua”, a partir de então um serviço no âmbito da Atenção Básica.

Com a criação e implantação de vários serviços substitutivos, garantido a expansão de uma rede de ações e serviços territoriais, o número de leitos em hospitais psiquiátricos sofreu grande redução no período de 2002 a 2011. No início do período eram 51.393 leitos psiquiátricos, ao final de 2011 eram 32.284, conforme dados do “Saúde Mental em Dados 10”. Contudo, considerando as situações de agravamento, nas quais se faz necessário lançar mão e garantir o acesso à tecnologia hospitalar, foram habilitados 3910 leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais, distribuídos em 646 hospitais por todo país.

Sobre os gastos destinados à política de saúde mental, revela-se que o ano de 2006 marcou a inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, o investimento na rede de serviços e ações extra-hospitalares superou os gastos com a rede hospitalar. Houve uma variação de gastos da saúde mental no que se refere ao orçamento total da saúde, no intervalo de 2002 a 2011. Considerando apenas gastos federais com ações e serviços de saúde, o investimento federal em saúde mental em 2011 chega a 2,51% do total gasto pelo Ministério.

Compreendemos que o movimento de reforma psiquiátrica, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, vem propor a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias inclusivas, que de maneira gradual se expande. Porém, a partir dos dados apresentados, não podemos deixar de observar que persistem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas. Em situação ainda mais crítica, destacamos a fragilidade e, em alguns casos, inexistência de ações e serviços voltados à população em situação de extrema vulnerabilidade social e às populações indígenas.

### 2.3 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL

De maneira semelhante ao contexto nacional, o Distrito Federal historicamente realizou suas intervenções no campo da saúde mental de forma concentrada no hospital, com características do modo asilar de atenção, perpetuando e cristalizando como o espaço da emergência, ancorado na dominação do paradigma psiquiátrico e excludente do doente mental. (LIMA & SILVA, 2004).

Apesar disso, em consonância com os pressupostos do movimento de Reforma Psiquiátrica que se fortalecia no país, o governo do Distrito Federal sancionou, no dia 12 de Dezembro de 1995, a Lei nº 975, que fixava diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dava outras providências. A lei redirecionava o modelo de assistência psiquiátrica, regulamentava cuidados especiais ao público internado e previa a extinção dos leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados num prazo de quatro anos a contar da publicação daquela lei.

Passadas quase duas décadas, o único hospital psiquiátrico da época, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), criado em 1976, continua em plena atividade de funcionamento, porém sofreu mudanças no modo de atender as pessoas com sofrimento psíquico grave. Lima e Silva (2004) destacam que, a partir da década de 1990, conduziu e/ou sofreu modificações que influenciaram na oferta de atendimento dos serviços de saúde mental, sob a justificativa de avançar na reforma psiquiátrica. O atendimento do usuário foi alterado, com inserção de serviços tais como atendimento de grupo de pacientes em uso de medicação contínua, pacientes alcoolistas, grupo operativo, hospital-dia, oficinas de capacitação, equipes comunitárias, enfermaria de crise, acolhimento, além do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Algumas



dessas iniciativas permaneceram, enquanto outras tiveram um tempo de desenvolvimento mais intenso e dinâmico para, em seguida, registrar uma retração ou uma descaracterização no seu desenvolvimento.

Em 1995, com a mudança de governo, Cristovam Buarque, que assumiu a gestão na época, mostrava compromisso com a política de saúde mental e implementou um conjunto de medidas buscando concretizar os princípios da Reforma Psiquiátrica. No mesmo ano, criou a Coordenação de Saúde Mental, sempre com o intuito avançar rumo a uma transformação significativa da assistência à saúde mental e de romper com velho modelo hospitalocêntrico. Vários dispositivos foram criados entre os anos de 1995 e 1997, dentre eles Santiago (2009) destaca: o CAPS do Instituto de Saúde Mental – ISM, um Centro de Convivência no Guará; serviço de saúde mental infantil no Hospital Materno Infantil e o CAPS do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica – COMPP; Equipe de Saúde Mental em três Hospitais Regionais, unidade de substâncias psicoativas e dependência química e Terapia Comunitária em quatro Regiões Administrativas. Todos os serviços criados previam articulação com a rede de serviços substitutivos como os CAPS, NAPS, Hospital-Dia, Lar Abrigo, Pensões Protegidas, dentre outros.

Com a mudança política em 1999, as iniciativas que apresentavam-se como revolucionárias no âmbito da saúde mental no Distrito Federal sofreram profundo retrocesso e os incentivos previstos para construção dos serviços substitutivos não aconteceram. A lógica da internação perseverou. Lima e Silva (2004) afirmam que ocorre uma reestruturação da esfera administrativo-burocrática da Secretaria de Saúde e dos programas assistenciais. As estratégias adotadas na saúde mental levaram a uma descontinuidade do Plano Diretor da Saúde Mental, evidenciando-se dificuldades dos profissionais e usuários em confirmar a adesão às propostas de ruptura e superação de saberes e práticas burocratizados e institucionalizados.

Durante os anos de 1999 e meados de 2003, no campo técnico-assistencial, Santiago (2009) expõe que a rede de saúde mental do Distrito Federal era composta por dois CAPS, no ISM e COMPP; internação com 186 leitos, somando as unidades Hospital de Base do DF, HSVP e clínica conveniada; atendimento ambulatorial em nove hospitais regionais, além dos realizados nas unidades COMPP, ISM, HSVP; Equipe Multiprofissional do Hospital Regional da Asa Norte; e atendimento a dependentes químicos em um Centro de Saúde de Ceilândia. A autora acrescenta que não parece ter havido incremento da assistência oferecida pelo Governo do Distrito Federal na área de saúde mental.

Santiago (2009) compara simbolicamente esse período de retrocesso (1999 - 2003) com a estação do Outono, “pois nesta estação ocorre a queda de temperatura e a troca de folhagem das árvores, que perdem sua coloração verde e seu aspecto vivo e, por fim, as suas folhas. Além disso, essa estação do ano parece ser apropriada por ser associada a perdas, tal como ocorreu com a construção que vinha ocorrendo no campo da saúde mental e psicossocial” (p. 150).

Entre os anos de 2003 a 2006, o documento “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003 – 2006”, do Ministério da Saúde destacou que o Distrito Federal apresentava uma cobertura assistencial crítica de CAPS e outros serviços substitutivos, apontando para uma desassistência da população. Essa realidade colocou a Capital em penúltimo lugar em termos de cobertura de CAPS no país em relação aos serviços de atenção à saúde mental.

À rede de serviços de saúde mental constituída no período anterior, acrescentaram-se dois dispositivos: o CAPS AD Guará e um CAPS II. A criação e contratação das equipes de trabalho desses CAPS se deram de forma terceirizada. Diante do déficit de equipamentos para assistir à população do Distrito Federal, a criação desses dispositivos não representou nenhuma mudança no cenário de desassistência. No final do ano de 2006, mais três CAPS foram inaugurados: CAPS AD Sobradinho, CAPS II Taguatinga e CAPS AD Adolescente.

Santiago (2009) descreve, a partir do exposto na Portaria nº 8 de 22 de março de 2007, sobre a organização do Colegiado de Saúde Mental, subordinado à Subsecretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal, composto pelos representantes técnicos das áreas da saúde mental da SES, Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional/SES, Ministério Público do Distrito Federal, Universidade de Brasília – através de alguns Departamentos, várias ONG’s, dentre outros. A iniciativa permitiu uma aproximação entre governo e movimento social, haja vista parte das instituições que participavam ser do movimento social para organizar uma frente de defesa dos direitos das pessoas que carecem de atenção da saúde mental.

Em 2007, a COSAM vira Gerência de Saúde Mental – GESAM. A situação implicou em perda de força política e o argumento utilizado foi da necessidade de se ter uma variedade de categorias envolvidas e precisão de diálogo e articulação com setores intra e extra institucionais e o Entorno.

É notório a maneira paradoxal com a qual a política de saúde mental se apresenta na conjuntura do Distrito Federal. Isso porque existem arranjos a favor da reforma, mas a

instituição doença mental, muitas vezes, permanece sendo o que orienta as mediações em saúde mental.

Dada a natureza interdisciplinar da Saúde Mental, conforme o Plano Diretor de Saúde Mental 2011 – 2015 / SES-DF, a atual Política Distrital está voltada para a promoção de ações gerenciais intersetoriais. A rede de Serviços da SES-DF contempla a Atenção Primária mediante o matriciamento em Saúde Mental realizado por equipes da Estratégia Saúde da Família, por Agentes Comunitários de Saúde e “Consultório na Rua” todos subordinados a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde / SES-DF e articulados com os CAPS; a Média Complexidade por meio das equipes multiprofissionais de Saúde Mental, baseadas nos Hospitais Gerais Regionais atingindo finalmente a Alta Complexidade por intermédio da Unidade de Psiquiatria e Serviço de Psicologia do Hospital de Base do DF.

A edição do Plano Diretor de Saúde Mental SES-DF 2011-2015, aprovado pelo Conselho de Saúde do DF em maio/2011, agrupou um conjunto de normas que orientam as ações da gestão pública no sentido de efetivar a Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.

Nesse sentido, a Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado do Distrito Federal – DISAM, criada mediante o Decreto nº 33.384, em 5 de dezembro de 2001, visando garantir atenção integral em Saúde Mental à população, assume o compromisso de pôr em prática o conteúdo das normas internacionais, federais e distritais.

Vale citar que essas legislações vêm sendo regulamentadas por meio das normas provenientes do Ministério da Saúde, acompanhando as determinações internacionais da Organização Mundial de Saúde – OMS e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, conforme refere o Relatório de Gestão 2011 – 2014/DISAM/SAS/SES-DF.

Ainda, essas normas apontam para a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico e criação de uma rede de serviços substitutivos que permita a desinstitucionalização, a (re)inserção psicossocial das pessoas com transtornos mentais, inclusive decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sempre fundamentado pela defesa dos direitos humanos, o posicionamento em favor da universalidade de acesso aos serviços e políticas sociais e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Com o objetivo de estabelecer coesão na Rede de Atenção Psicossocial do DF, discutir e pactuar ações pertinentes ao trabalho executado nesses dispositivos e articular a integração

com os diversos setores envolvidos no campo da saúde mental, a DISAM criou o Colegiado de Gestão da Diretoria de Saúde Mental, composto pelos gestores dos serviços de saúde mental do DF.

No que se refere à política de enfrentamento ao álcool, crack e outras drogas, o Distrito federal em consonância com as diretrizes nacionais, especialmente com a Política Nacional sobre Drogas, lança o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado pelo Decreto nº. 33.164, de 31 de agosto de 2011. O construção do Plano Distrital foi resultado do trabalho realizado pelo Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado em 03 de maio de 2011, pelo Decreto nº 32.901. O Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas é composto por representantes de 15 (quinze) Secretarias de Estado e da Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN.

O Plano prevê um conjunto de ações integradas que envolvem três frentes de atuação: prevenção, cuidado e combate ao tráfico. O objetivo é aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção.

O mesmo Decreto ainda estabelece como objetivo, desenvolver ações especiais de capacitação, treinamento e, principalmente, o envolvimento da sociedade como um todo no enfrentamento ao crack e outras drogas.

O Relatório de Gestão 2011 – 2014/DISAM/SAS/SES-DF destaca que para a recuperação e a reinserção social de pessoas com dependência química foram planejadas 86 ações, das quais 36 ações se referem ao Sistema Único de Saúde e ao Sistema Único de Assistência Social, além de valorizar e apoiar as entidades não governamentais que prestam relevantes contribuições à sociedade, especialmente no tratamento de pessoas com dependência química.

Com já mencionado anteriormente, historicamente a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal possui baixa cobertura assistencial. Até 2011, o Distrito Federal contava com a cobertura de 10 CAPS, a saber: CAPS I Instituto de Saúde Mental (ISM); CAPS i Plano Piloto - COMPP; CAPS II Taguatinga; CAPS II Paranoá; CAPS AD II Guará; CAPS AD II Sobradinho; CAPS AD II Ceilândia; CAPS II Planaltina; CAPS II Samambaia; CAPS AD II Santa Maria.

O documento “Saúde Mental em Dados 9”, do Ministério da Saúde mostra o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes para cada unidade da federação no intervalo de 2002 a 2011 e aponta o Distrito Federal como a pior cobertura assistencial do país – 0,21. Os parâmetros foram os seguintes: cobertura muito boa (acima de 0,70); cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

Atualmente, esta rede de serviços vem se desenvolvendo. Efetivamente, nos últimos quatro anos foram construídos sete novos CAPS no DF – CAPS AD III Candango, CAPS AD II Itapoã, CAPS AD III Samambaia, CAPS AD I III Taguatinga, CAPS AD I III Brasília, CAPS I Sobradinho e CAPS I Recanto das Emas – e dois mudaram de padrão de CAPS II para CAPS III – CAPS AD III Ceilândia e CAPS III Samambaia. Como assinala o Relatório de Gestão 2011 – 2014/DISAM/SAS/SES-DF, essa ampliação de cobertura assistencial elevou o DF de uma cobertura baixa para cobertura muito boa – 0,71.

Assim, o Distrito Federal buscando construir novos modelos de assistência à pessoa com transtorno mental, paralelamente a desconstrução e a desinstitucionalização das práticas hospitalares iniciadas com a Reforma Psiquiátrica, manteve algumas experiências exitosas e viabilizou algumas outras no âmbito da atenção extra-hospitalar, segundo ressalva o Relatório de Gestão 2011 – 2014/DISAM/SAS/SES-DF, e dentre elas destacamos:

1. Unidade de Acolhimento (UA) – Em 2013, foi implantada uma Unidade de Acolhimento ligada ao CAPS ad III – Samambaia. A UA é um dispositivo de caráter residencial transitório (até 06 meses), cujo objetivo é oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo e, ainda, promover reinserção social mediante construção de novo “projeto de vida”.

2. O Programa “Vida em Casa” – Criado por meio da Portaria SES-DF nº 86 de 28 de junho de 2004, tendo como objetivo fundamental a atenção domiciliar em saúde mental, para pacientes que apresentam impossibilidades físicas de comparecer ao Serviço, sendo essas debilidades permanentes ou de longa duração. O foco do cuidado é oferecer melhor qualidade de atendimento aos pacientes na fase aguda do transtorno, em sua residência, sem ser necessária internação. A equipe é composta por 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 Assistente Social.

3. Ações de matriciamento na Atenção Básica – Foi instituído o Subcolegiado de Matriciamento da Diretoria de Saúde Mental da SES/DF, envolvendo a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Primária, com o objetivo de implantação da Política de Saúde Mental no SUS-DF e para aproximação com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Várias equipes de saúde mental já realizam matriciamento em seu território de abrangência.

4. Criação de leitos de atenção integral em saúde mental em Hospitais Regionais – Em 2013 foram habilitados junto ao Ministério da Saúde 45 leitos de atenção integral em saúde mental em Hospitais Regionais, também destinados a usuários de álcool e outras drogas. A distribuição se deu da seguinte maneira: Hospital Regional de Ceilândia (03 leitos), Hospital Regional do Guará (05 leitos), Hospital Regional do Paranoá (03 leitos), Hospital Materno-Infantil de Brasília – HMIB (10 leitos), Hospital Regional de Sobradinho (10 leitos), Hospital Regional de Santa Maria (06 leitos), Hospital Regional do Gama (08 leitos). Somam-se ainda 36 leitos disponíveis para acolhimento integral nos 3 CAPS AD III, assim organizados: CAPS AD III Ceilândia (12 leitos), CAPS AD III Samambaia (12 leitos) e CAPS AD III Candango (12 leitos).

5. Programa de Inclusão Social pelo Trabalho – O Box semeando Arte, localizado na ALA “C” na Feira da Torre da TV, foi inaugurado em Novembro de 2011 e faz parte do Projeto de Reinserção Social dos pacientes da Rede de Saúde Mental do DF. Por meio dele os usuários têm oportunidade de mostrar seus trabalhos artesanais, além de protagonizarem ações fundamentais no campo da geração de trabalho e renda. No Box são oferecidos trabalhos em crochê, tricô, malharia e outros tipos de trabalhos artesanais em forma de roupas, acessórios e artigos para o lar.

6. Ações de capacitação – Foram realizadas – com o apoio do Ministério da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS) – várias oficinas, rodas de conversa, cursos de capacitação, extensão e aperfeiçoamento nas áreas de atenção psicossocial, articulação de redes, projeto terapêutico, prevenção de suicídio, desintoxicação, gerenciamento de casos e reinserção social, dentre outras. Todas as categorias profissionais da saúde foram contempladas. Por último, acontece o II Curso de Especialização em Saúde Mental promovido pelo Departamento de Psicologia da UnB, oferecido às categorias profissionais que fazem parte das equipes de saúde mental da RAPS-DF e estendido aos municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE.

As unidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal são:

- Instituto de Saúde Mental – ISM
- Hospital São Vicente de Paulo – HSVP
- Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal – UP/HBDF
- Núcleo de Apoio Terapêutico do Hospital Regional da Asa Sul – NAT/HMIB
- Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica – COMPP
- Adolescentro
- CAPS II Taguatinga
- CAPS II Paranoá
- CAPS II Planaltina
- CAPS III Samambaia
- CAPS i II Sobradinho
- CAPS i II Recanto das Emas
- CAPS AD II Guará
- CAPS AD II Sobradinho
- CAPS AD II Flor de Lótus - Santa Maria
- CAPS AD II Itapuã
- CAPS AD III Candango
- CAPS AD III Samambaia
- CAPS AD III Ceilândia
- CAPS AD i III Taguatinga
- CAPS AD i III Brasília

A concretização da política distrital de saúde mental tem se dado a partir da superação de muitos impedimentos, sempre com a compreensão dos inúmeros desafios e de que muito ainda tem a ser feito. Em 1998 e 2003, com o fechamento de uma clínica psiquiátrica, dois Serviços Residencial Terapêutico – SRT foram implantados no ISM, à época batizadas de “Casas de Passagem”. A estratégia seria desinstitucionalizar, resgatar os vínculos sociais e facilitar a reinserção social e familiar dos indivíduos que acessassem o serviço. A iniciativa não atingiu seu objetivo e a estadia da maior parte das pessoas na Casa se estendeu, o que configurou o espaço como moradia fixa. Como a estratégia em questão não condiz com as exigências normativas vigentes, o Relatório de Gestão 2011 – 2014/DISAM explicita que as casas não foram habilitadas junto ao Ministério da Saúde e necessitam de adequações previstas em Portarias específicas, sobretudo no que se refere ao quantitativo de moradores para cada casa e a localização na comunidade. Hoje, o Distrito federal não dispõe de nenhum SRT habilitado ou

que funcione de acordo com a Portaria/GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Constatamos que é com avanços e retrocessos que vem se implementando a atenção à saúde mental no Distrito Federal, dentro de um contexto político-institucional que demanda uma análise mais aprofundada de suas nuances. Ainda, precisamos avançar bastante em discussões e ações no que se refere a política de saúde mental da infância e adolescência; a inclusão social pelo trabalho, esporte, cultura; mais iniciativas de capacitação profissional na área da saúde mental, álcool e outras drogas, etc, haja vista o movimento em relação a essas questões apresentarem-se de maneira tímida.

Por fim, a partir da contextualização histórica e compreendendo a complexidade de transformação desejada, ponderamos que no Distrito Federal o contexto é de profunda ambivalência, isso porque embora existam legislações, dispositivos e todo um aparato no sentido pró-reforma, a “instituição” doença mental permanece norteando as práticas em saúde mental. Logo, a seguir, buscaremos fazer uma reflexão acerca da implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, sobretudo dos seus desafios, a partir da intervenção do CAPS AD III Candango de Brasília.

#### 2.4 A INTERVENÇÃO DO CAPS AD III CANDANGO

O CAPS AD III Candango é uma unidade de saúde especializada em atender dependentes de álcool e outras drogas, maiores de 18 anos de idade, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por fundamento um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo a (re)inserção social dos pacientes. A fim de fazer uma análise reflexiva da intervenção do CAPS AD III Candango, faz-se necessário realizar um breve histórico de como tal unidade se constituiu.

No ano de 2008, conforme Relatório de Gestão 2011 – 2014 do CAPS AD III Rodoviária, foi criado o Núcleo de Acolhimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas – NAUAD, vinculado a Gerência de Saúde Mental – GESAM da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES, como parte das ações de atendimento a pessoas em situações de rua, que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou possuíam algum transtorno decorrente do uso de substância psicoativa. O objetivo do Núcleo era acolher as pessoas em situação de



extrema vulnerabilidade social e, de acordo com a demanda, encaminhá-las para os serviços de saúde e demais políticas setoriais.

O NAUAD funcionou até o ano de 2011 e era parte complementar do Núcleo de Ações Integradas – NAI, cujos eixos de ação eram: prevenção ao uso de drogas, tratamento e combate ao tráfico de drogas. O NAI localizava-se no antigo Edifício Touring, área central de Brasília, e era composto pelas Secretarias de Segurança Pública, Criança, Desenvolvimento Social e Transferência de Renda, Saúde e a Administração de Brasília.

A fim de ampliar e transformar as intervenções do NAUAD em ações de CAPS AD, elaborou-se um projeto, que foi autorizado e publicado no Diário Oficial do Distrito Federal no dia 31 de maio de 2011. O CAPS foi inaugurado no dia 31 de agosto de 2011, o primeiro do Distrito Federal a funcionar 24 horas e 7 dias por semana. A iniciativa foi ainda resultado do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Assim, com a finalidade de garantir atenção integral às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, o CAPS passou a desenvolver atividades como: acolhimento, atendimentos individuais, atividades coletivas, visitas e atendimentos domiciliares, orientação e atendimento à família, articulação com rede, reinserção social, busca ativa, abordagem de rua, acolhimento noturno, dentre outras.

Dentro do processo histórico recente e de consolidação do CAPS, algumas intervenções culturais, por acompanharem o calendário de datas comemorativas, merecem destaque, como:

- Bloco Carnavalesco “Abram Alas: a Saúde Mental pede Passagem”, com a participaram da sociedade civil, dos usuários dos serviços de saúde mental público e privado e, ainda, dos servidores;
- Festival da Diversidade – parte da programação da semana de luta antimanicomial;
- Festas Juninas;
- Aniversários do CAPS, com sarau, apresentações de música e poesia, coral e a exposição “Cabeças” do artista plástico Humberto Brasil, expondo esculturas de argila feitas por usuários dos serviços privados de saúde mental do DF;
- Festas Natalinas, com a participação de usuários e familiares do serviço de saúde mental.

No que se refere as articulações setoriais e intersetoriais, o Relatório de Gestão 2011 – 2014 dá ênfase aos seguintes parceiros, devido às várias intervenções em conjunto: Secretaria de Estado de Segurança Pública (CBMDF, 6º Batalhão de Polícia Militar), Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Centro POP, Cidade Acolhedora, UNISUAS, CRAS, CREAS, UNACAS, NUDIN, UNAF Areal), Secretaria de Estado da Criança (Conselho Tutelar), Administração de Brasília e a Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil – NOVACAP. Destacam-se também a parceria com o grupo de Narcóticos Anônimos, cujos encontros aconteciam nas dependências do CAPS e as Comunidades Terapêuticas, conveniadas à Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, dispositivos sociais acionados para usuários que encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade e risco social. Cabe ressaltar que tais encaminhamentos só eram realizados após avaliação de equipe multidisciplinar.

O documento destaca ainda a parceria com Departamento de Educação Física, Esportes e Recreação – DEFER, da Secretaria de Estado de Esporte, que disponibilizou vagas em suas atividades para os usuários do serviço e com a Secretaria de Cultura que, por meio do Museu Nacional, cedeu a sala de vídeos, com 80 lugares, para utilização sempre que necessária.

As categorias profissionais de Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Psiquiatria do CAPS AD III Rodoviária passaram a compor a equipe de preceptoria dos cursos de graduação da Escola Superior de Ensino de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS como suporte das atividades de ensino e práticas dos cursos de Enfermagem e Medicina.

Em 2013, a fim de instituir a unidade de acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, foi planejada a intervenção dessa unidade, vinculada até então ao CAPS AD III Rodoviária, para funcionar na SQS 706. O objetivo da UA era oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandassem acompanhamento terapêutico e protetivo. Contudo, o serviço não pode ser implantado devido ao fato dos moradores da região se mostrarem resistentes ao público a ser contemplado, o qual julgaram trazer insegurança e violência a quadra local.

Em março de 2014, os vários serviços públicos, inclusive o CAPS, que funcionavam no antigo Ed. Touring foram deslocados do espaço, isso porque o lugar foi disponibilizado à

Secretaria de Transporte para ampliação da Rodoviária do Plano Piloto, com objetivo de melhor receber os transportes, bem como atender população da Região do Entorno.

Em decorrência da reforma, necessidade de desocupação imediata e da necessidade de assegurar a continuidade do tratamento dos usuários do serviço, a equipe do CAPS foi, provisoriamente, exercer suas atividades no espaço destinado a ser a Unidade de Acolhimento do CAPS ADi Brasília, localizado na SCLN 714/715. O “improviso” durou 9 meses e comprometeu a qualidade do serviço prestado. O funcionamento ocorreu de forma precária, haja vista o espaço não ser apropriado para o desenvolvimento de algumas intervenções do CAPS. Ainda assim, permaneceram atividades como atendimentos ambulatoriais, visitas domiciliares e buscas ativas.

A retirada do CAPS da área central de Brasília causou impacto na população em situação de rua que era atendida ali, o número de ocorrências policiais aumentou. Logo, a gerencia do CAPS foi convocada para uma reunião na Casa Civil, provocada pelo prefeito do Setor Comercial Sul, o qual solicitava que fosse dada providência quanto à enorme quantidade de pessoas em situação de rua, usuárias de álcool e outras drogas. Como resultado do encontro, pactuou-se a execução da segunda versão do “Projeto Tenda Viva” na Praça do Setor Comercial Sul. O Projeto contou com a participação da Casa Civil, Secretaria de Estado de Saúde (CAPS AD III Rodoviária, CAPS ADi Brasília, Consultório na Rua, Programa de Redução de Danos), Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Centro Pop, Programa Cidade Acolhedora), Secretaria de Estado de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos e a Secretaria de Estado da Criança. O objetivo central do projeto era criação de vínculo com o público para identificar demandas e garantir as intervenções necessárias. A ação durou aproximadamente 04 meses com de atividades como: acolhimento, atendimentos e orientações individuais, realização de oficinas terapêuticas, articulação com rede, abordagem de rua, aferição de sinais vitais, dentre outras influências que se faziam necessárias. Encerraram-se as atividades com avaliação positiva, aproximadamente 800 pessoas acessaram os serviços ofertados, das quais parte tiveram demandas apresentadas atendidas.

No mesmo período acontecia a procura de um novo imóvel, com estrutura física apropriada, para o funcionamento do CAPS. O processo foi permeado de dificuldade, haja vista muitos proprietários de imóveis recusarem-se a alugar suas propriedades quando sabido a natureza do serviço e, ainda, as inúmeras restrições no espaço urbano de Brasília. Finalmente, é apresentado o prédio do Setor Comercial Sul, que atenderia as exigências de funcionamento

do espaço. O imóvel conta com área física de aproximadamente 1.300m<sup>2</sup>, dividido em: garagem privativa; 04 salas de grupo/reunião; 05 consultórios; 01 farmácia, recepção; 04 salas administrativas; 01 sala de arquivo; 01 sala de prontuários; 01 almoxarifado; 01 vestiário com armários para os servidores; 01 enfermaria com capacidade para 12 leitos, sendo 04 femininos e 08 masculinos; 01 sala para vigilância; 01 sala para motoristas; 01 repouso masculino; 01 repouso feminino; 01 sala para equipe de higiene e conservação; 01 sala de DML; 03 copas, sendo uma de uso comum a servidores e usuários do serviço e 07 banheiros. No dia 3 de dezembro de 2014, ocorre a (re)inauguração do CAPS, agora com novo nome: CAPS AD III Candango.

No CAPS é oferecido atendimento diário e ininterrupto a pacientes que fazem uso indevido de álcool, crack e outras drogas, permitindo a construção de um plano terapêutico dentro de uma perspectiva singular de desenvolvimento continuado. Ao entender que a base familiar tem papel fundamental neste processo, é mantido diálogo com as famílias no sentido de esclarecer dúvidas, anseios e dar minimamente o suporte que elas necessitam.

As pessoas podem vir acompanhadas pela família, a partir de encaminhamento da rede de serviços setoriais e intersetoriais ou, ainda, por demanda espontânea. Ao acessarem o serviço, são atendidas por uma equipe multiprofissional formada por psiquiatra, clínico geral, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.

A equipe do CAPS AD III Candango é composta por: 6 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais, 8 psicólogos, 3 psiquiatras, 1 clínico geral, 2 farmacêuticos, 13 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem. Para facilitar o acompanhamento dos pacientes a equipe subdivide-se em mini equipe: A, B e C.

Na unidade são oferecidas atividades recreativas e educativas, sempre de cunho terapêutico, como oficinas de contoterapia, cidadania e direitos humanos, sexualidade, jogos, artesanato, cultural, estimulação senso-cognitivo, música, preparação para o mercado de trabalho, corpo e movimento, beleza, autonomia, educação em saúde, desmistificando preconceito, artes manuais, auto cuidado, relaxamento, dentre outras e os grupos de acolhimento, psicoterapia, multifamiliar, tabagismo, redução de danos, prevenção de recaída e roda de terapia comunitária, dentre outras. Conforme os projetos elaborados para a realização de cada uma das atividades citadas, o objetivo, no geral, é ressignificar vivências e experiências,

trabalhar autonomia e o protagonismo das pessoas e, conseqüentemente, reconstruir projetos de vida a partir da superação das vulnerabilidades vivenciadas.

Conforme Perfil Epidemiológico do CAPS AD III Candango, apresentado no Relatório Gestão 2011 – 2014, em pouco mais de dois anos de intervenção do CAPS, mais de 1500 pacientes foram atendidos ativamente, dentre Asa Sul, Asa Norte, Lago Sul, Lago Norte, Setor Militar Urbano, Jardim Botânico, Cruzeiro Novo, Cruzeiro Velho, Sudoeste, Octogonal, Varjão, Vila Planalto e Vila Telebrásília.

O estudo epidemiológico também aponta para dados importantes como: a maioria dos pacientes atendidos são natural de outras cidades e Estados, que não o Distrito Federal (60,31%), do sexo masculino (83,21%), solteiros (56,90%), o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (37%), desempregados (46,09%) e com primeiro uso entre 4 e 14 anos de idade (56,75%). Sobre o padrão de uso, 92,18% são dependentes químicos, com uso de múltiplas drogas (70,14%) Ainda, nesse estudo, evidenciou-se que 30% dos pacientes acompanhados estão ou passaram por “internação” em comunidade terapêutica.

A comunidade terapêutica aparece como dispositivo social que recebe usuários em situação de extrema vulnerabilidade e risco social. Muitos ainda a veem como unidade de tratamento para dependência química, um lugar onde as pessoas ficam isoladas para “tratar” o problema. O fato é que a maioria das comunidades terapêuticas são de cunho religioso e querem resolver a problemática do consumo excessivo de álcool e outras drogas através da fé em Deus, da ressignificação do ser e submetem as pessoas a trabalhos forçados, braçais como parte do tratamento. No geral, os pacientes que estão em comunidades terapêuticas precisam seguir as regras e normas da casa sob a penalidade de serem expulsos do lugar. Várias discussões acerca dos encaminhamentos realizados para comunidades foram travados na equipe do CAPS, já avaliou-se que essa intervenção só seria realizada após esgotadas as demais possibilidades. No entanto, está ficando cada vez mais comum a realização desses encaminhamentos, sobretudo quando se avalia que se trata de um caso complexo, com poucas possibilidades de intervenção imediata.

De acordo com Tenório (2002), a experiência das comunidades terapêuticas, que, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, tem como ponto de contato com o movimento atual de reforma o fato de ter sido “uma reação às estruturas tradicionais do aparato

asilar psiquiátrico”. Tratava-se da tentativa de construção de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar.

Embora avancemos no sentido de romper com a lógica manicomial e de necessidade do aprisionamento e isolamento social dos sujeitos, frente à legislação vigente, a implantação de serviços substitutivos e outras ações afirmativas, atuar na saúde mental ainda é extremamente desafiador, haja vista a internação e o manicômio sobreviverem no imaginário e atuação dos profissionais de saúde.

Nas discussões cotidianas e reuniões de equipe é comum observamos uma tentativa da equipe do CAPS de aproximação com o discurso que vai ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Contudo, ressaltamos que algumas intervenções ainda apontam para o sentido contrário, sobretudo quando deixa o plano da discussão ético-política para se colocar como prática cotidiana no contexto institucional. E assim podemos analisar essa dubiedade em vários âmbitos do ser e do fazer profissional.

Conforme a Portaria nº. 130, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, que redefine o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, o Projeto Terapêutico Singular – PTS deve ser construído a partir dos contextos cotidianos do sujeito, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais. Ainda que de maneira acanhada, há um esforço de construção do PTS nesse sentido. No entanto, na maioria das vezes é evidente a dificuldade de pensar a “(re)construção” desse projeto de vida. O que observa-se é um desconhecimento das redes primárias e secundárias que perpassam a vida do sujeito, logo constrói-se um PTS a partir das atividades e intervenções desenvolvidas no CAPS. O paciente que adentra ao serviço é posto para estar em atividades diárias, em dois turnos, na Unidade e, portanto, passamos a discutir sobre uma “institucionalização do CAPS”. Após determinado período em acompanhamento, intervenções individuais e coletivas, sempre no espaço do CAPS, há uma dificuldade de repensar outras atividades e objetivos de vida, para além de estar em “tratamento” para dependência química. Se ocorrer do paciente ter dificuldade de aderir ou participar do plano “construído juntamente com a equipe que o acompanha”, é comum ouvir-se de uma “não adesão ao tratamento para dependência química”.

Acerca da “institucionalização do CAPS”, Dimenstein e Amorim (2009), citando Barros (2003), refletem que se por um lado esta institucionalidade é necessária à legitimidade destes serviços na rede de saúde, por outro, se corre o risco que ela se transforme em

institucionalização crônica e cronificada, reproduzindo o manicômio do qual quer escapar. Há, por exemplo, a repetição de certas práticas tutelares e absorção de demandas que “deveriam” ser atendidas por outros dispositivos da rede. A cada dia aumenta o número de usuários que frequentam o CAPS, forçando-nos a questionar como construir outros projetos de vida que não dependam dos serviços e como escapar das práticas tutelares sem desassistir, bem como criar fluxos de encaminhamentos, como criar efetivamente uma rede de assistência.

Outra crítica é o fato das atividades coletivas, grupos, oficinas serem pensadas e elaboradas a partir da identificação e facilidade que cada profissional encontra em executá-la ou do que os profissionais julgam ser interessante os pacientes desenvolverem ou participarem. Não é comum serem criadas intervenções a partir de avaliações feitas junto aos usuários do serviço, dos seus campos de interesses ou identificação.

Como citado anteriormente, o CAPS AD III Candango dispõe de 12 leitos para acolhimento integral de paciente com agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. O acesso aos leitos se dá com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros. Ainda assim, tem-se uma dificuldade de entendimento acerca do que seriam tais critérios. É comum a equipe pedir para que se explicitem em quais situações um paciente deve ser incluído no acolhimento integral, há uma tentativa de padronização, uniformização, como se fosse uma “receita de bolo”. Há também dificuldade de aceitação dos critérios psicossociais, pois é comum a tentativa de “alta” do paciente, quando o referido não apresenta critérios clínicos que justifiquem a permanência.

A redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, assim o foco da intervenção é a pessoa dependente e não a droga. Avançamos dentro dessa perspectiva, de quebra desse modelo hegemônico de cura da doença, mas ainda há uma resistência ou negação de alguns profissionais trabalharem com esse viés de atenção, a lógica permanece a de abstinência. Trata-se de um aspecto dificultador no tratamento de vários pacientes, haja vista muitos deixarem evidente que não desejam parar de fazer uso de drogas, mas diminuí-lo ou, ainda, usar uma droga “menos prejudicial”. É possível observar que a prática ainda está impregnada por uma compreensão do processo de adoecimento intensamente associado aos pressupostos teóricos do conhecimento psiquiátrico tradicional, onde a origem da doença é

esquadrinhada na dimensão biológica do ser humano e a cura desse mal depende essencialmente de intervenções medicamentosas.

A tenacidade desse entendimento do adoecer é um grande problema, tendo em vista que o direcionamento que norteia a Reforma Psiquiátrica aponta para outra compreensão do sofrimento psíquico, dando destaque ao caráter essencialmente complexo e pluridimensional do fenômeno. Todavia, os trabalhadores da área de saúde mental, principais atores do processo de desinstitucionalização, ainda alimentam uma visão conservadora. Rotelli (1990) argumenta que para ocorrer a desinstitucionalização, é necessária a desmontagem da cultura e da estrutura psiquiátrica que separou a doença da existência do sujeito, dando maior ênfase ao diagnóstico e ao sintoma, do que a sua experiência concreta e as relações que estabelece no corpo social. Aponta também que o primeiro passo nessa desmontagem seria renunciar à perseguição da cura, na relação problema-solução, tomando como objeto a existência-sofrimento. Assim, a ênfase não é mais colocada no processo de cura no sentido da vida produtiva, mas na reprodução social do usuário através da utilização das formas e dos espaços coletivos de convivência dispersa. A saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos desde princípios biomédicos e regulados pelo Estado, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam.

Outro desafio posto à equipe do CAPS é trabalhar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, são inúmeros os entraves apresentados no que se refere ao atendimento e às linhas de cuidado destinados a pacientes com transtornos mentais, sobretudo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O fluxo de encaminhamento em casos de emergência desses pacientes, embora regulamentado pela SES, através da Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012, encontra vários percalços na sua execução. A Portaria explicita que as emergências em saúde mental, como quadros de abstinência, desintoxicação aguda e outros agravos clínicos, serão atendidas inicialmente pela clínica médica ou pediátrica dos Hospitais Regionais, contudo, na prática, há uma dificuldade de acesso a esses hospitais. Há um preconceito evidente com esse público, uma dificuldade de dialogar e entender determinadas demandas apresentadas. Assim, comumente são colocados ao final das filas e, algumas vezes, não atendidos. O fato é que simples expressão da legislação, sem diálogo, pactuações e interações, não faz a ideia acontecer. Segundo Barros (2003), a inexistência ou a fragilidade de uma efetiva rede de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, pode ser



observada na desorganização de várias portas de entrada e a falta de portas de saída, de modo que a rede não se faz, pois características essenciais como a descentralização e a conectividade não se operam.

Há uma reclamação de despreparo técnico apontada pelos profissionais e essa reclamação é autêntica, sobretudo no que diz respeito a dificuldades de caráter afetivo. As falas e desabafos dos profissionais do serviço, ainda quando se referem a cansaço e exaustão física, estão frequentemente permeadas de manifestações de desgaste emocional. Logo, evidencia-se que há duas dimensões para a problemática, a primeira refere-se ao despreparo técnico-profissional e a segunda ao despreparo afetivo-emocional. A primeira poderia ser resolvida através de cursos de capacitação técnica; a segunda exigiria intervenções diferenciadas, do campo do cuidado emocional do trabalhador, haja vista o trabalho ser propriamente desgastante.

É necessário ter clareza que essas duas dimensões não são rigidamente separadas ou independentes, isso porque tratam-se de profissões que lidam com condições de vida que as põem em relação bem próxima ao sofrimento humano. Assim, o trabalho em saúde mental não deve ser diminuído ao seu aspecto técnico, pois o conhecimento teórico-técnico só tem sentido de ser no encontro humano concreto com a outridade, a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal, com consideração, identificação e no saber dialogar.

Assim sendo, consideramos que os profissionais de saúde buscam estar inseridos em uma corrente que defende o movimento inclusivo dos paciente da saúde mental, a defesa dos direitos humanos, o posicionamento em favor da universalidade de acesso aos serviços e políticas sociais, que estima o fortalecimento de vínculos éticos, igualitários e respeitosos entre pessoas. Contudo, o fato dos trabalhadores da saúde mental não buscarem qualificação profissional através de participação em cursos, seminários, formações teórico-metodológicas, dentre outros, e assim ter uma atuação pautada em ações de maior eficácia e efetividade; e ainda não dar atenção suficiente a dimensão afetivo-emocional que palpita quando a questão da loucura está em foco, sem dúvida retardará os avanços significativos tidos ao longo do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, fica fácil perceber que modificações nas legislações e nas redes de atendimento, mesmo que inegavelmente importantes, não são suficientes para gerar transformações no entendimento de um fenômeno complexo como a loucura, uma vez que o imaginário das pessoas permanecem repleto de crenças preconceituosas que, por sua vez, estão associadas a

angústias profundas. Entre os profissionais de saúde prevalece a ideia de se romper com o preconceito prevalente contra usuários dos serviços de saúde mental, porém os próprios tem profunda dificuldade em lidar com as emoções e anseios apresentados no cotidiano de trabalho.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de Reforma Psiquiátrica tem se estruturado diante de muitos avanços e retrocessos, mas não podemos deixar de reconhecer que se trata de um processo positivo e vitorioso, ainda que muitas questões permaneçam problemáticas e necessitem ser repensadas.

O processo gradual de desospitalização, associado à tentativa de desinstitucionalização, bem como o progressivo movimento de implantação e implementação de serviços substitutivos no âmbito da atenção à saúde mental, representa uma das metas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Distrito Federal. No entanto, não encerramos por aqui, isso porque ainda há muito por fazer.

O tratamento oferecido às pessoas com transtorno mental, inclusive os decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, devem contemplar duas vertentes de ações. A primeira seria uma rede de cuidados capaz de acompanhar esse sujeito sem a necessidade de isolá-lo ou excluí-lo, permitindo que o referido permanecesse dentro da sua esfera familiar e comunitária. A segunda linha de ação estaria associada a construção de um novo olhar e uma nova atitude em relação ao doente mental. Embora colocadas como duas vertentes de ações, não podemos perder de vista que se trata de um único plano, pois diz respeito ao mesmo fato, a necessidade de “desinstitucionalização da loucura”. Rotelli (1990) afirma que a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura e que a essência da questão psiquiátrica não mudou.

É preciso ter em mente que a loucura sempre esteve na base da psiquiatria e que esta foi inventada para dar respostas ao problema da loucura. Ao longo dos anos, a resposta dada foi a internação e romper com esse paradigma é um desafio. Tenório (2002) destaca que quando se fala em substituição ao modelo asilar, é preciso considerar que a psiquiatria foi idealizada e instituída como aparato social incumbido de responder ao problema da loucura há, aproximadamente, duzentos anos. A partir daí, o problema que antes bateu à porta de outras instituições sociais, passou a ser demanda de intervenção da psiquiatria. Na maior parte desses duzentos anos, e não desconsiderando as realidades e contextos atuais, a psiquiatria responde ao fenômeno da loucura com a internação, conserva como resposta a mesma prática social anterior à sua fundação e que lhe deu origem.

Para tanto, entendemos que, no movimento de rompimento com a lógica conservadora e tradicional de se fazer saúde mental e de consolidação da Reforma, o fundamental são as práticas de cuidado dispensadas aos loucos, de modo a garantir que ele faça parte da vida social, apresentando-se como sujeito de direitos que é. Amarante (1994), de maneira crítica, expõe que a Reforma Psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A Reforma Psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas com problemas mentais.

Quando apontamos para um movimento contra o isolamento social da loucura, não queremos nos referir a um processo fantasioso ou até romantizado, que não nos permite ver toda a tensão existente entre sociedade e loucura, mas compreender que é em terreno minado que atuamos e se apropriar desse trabalho para executá-lo de maneira eficaz, sem perder de vista a garantia dos direitos humanos e de cidadania de cada sujeito.

Assim sendo, compreendemos que, para alcançarmos um trabalho satisfatório em saúde mental, um processo de educação permanente regular, consistente e de longo prazo voltado aos profissionais da área faz-se imprescindível, pois somente a aprendizagem e aperfeiçoamento significativos são capazes de gerar adesão dos profissionais aos processos de mudança de paradigma e, conseqüentemente, transformação das intervenções do cotidiano.

Apesar dos desafios que estão postos, apreendemos que os resultados da Reforma Psiquiátrica aparecem como positivos no que diz respeito ao direito de cidadania da sociedade brasileira, haja vista apontar para a construção de uma sociedade mais inclusiva.

Por hora, espero ter contribuído com algumas questões pertinentes para o campo da saúde mental e da atenção psicossocial. Porém, diante da complexidade e relevância do assunto, faz-se necessário o aprofundamento do estudo, sendo esse trabalho apenas uma pequena reflexão acerca dos entraves que estão frente à consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica e materialização de direitos sociais.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rellume-Dumará, 1992.

AMARANTE, Paulo. *Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica*. In: Saúde em Debate. 45: 43-46, dez. 1994.

AMARANTE, Paulo. *Uma Aventura no Manicômio: a Trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V. 1, n. 1, p.61/67, 1995.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental, políticas e instituições; programas de educação a distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes e DIMENSTEIN, Magda. *Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 195-204. ISSN 1413-8123.

BARROS, Regina Benevides de. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais*. In: Conselho Federal de Psicologia. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 196-206.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9*. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011 (acesso em 28/12/2014).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10*. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 03/01/2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 336*, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 130*, de 26 de janeiro de 2012.

BRASIL. *Decreto nº 32.901*, de 3 de maio de 2011.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Portaria nº 185*, de 12 de setembro de 2012.

BRASIL, *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015*. GDF – Brasília, Dezembro 2010.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Relatório de Gestão 2011 – 2014 DISAM/SAS/SES-DF*. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Relatório de Gestão 2011 – 2014 do CAPS AD III Rodoviária*. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, 2007.

COHN, Amélia at. Alli. *As heranças da saúde: da política de desigualdade à proposta de equidade*. IN: A saúde como direito e como serviço. 2a ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DIMENSTEIN Magda. *O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais*. Mental, vol IV, num. 6, junho, 2006, pp 69-83. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/420/42000607.pdf>

FLEURY, Sonia. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752 . Disponível em: <http://www.scielo.br/rsp> Acesso em: 02/01/2015

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Ed Perspectiva, 1978.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed., São Paulo: Atlas, 1994.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, Maria da Glória e SILVA, Graciete Borges da. *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal*. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.5, pp. 591-595. ISSN 0034-7167.

PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1995.

ROTELLI, Franco. et al. *Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados*. In: NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, Franco. *A Instituição Inventada*. In: NICÁCIO, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SANTIAGO, Marina Agra. (2009). *Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília – UnB, 2009.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Ribeirão Preto. Agosto de 2005.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TENÓRIO, Fernando. *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente*. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. – 5ª edição – São Paulo: Cortez, 2010.