

SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Lorena da Fonseca Ferreira*
Débora de Jesus Pires**
Hamilton Afonso de Oliveira***

Introdução

O início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil ocorreu no ano de 1978. É a partir deste movimento, que começaram a apresentar e a estabelecer denúncias da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber- psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 2001, a aprovação da Lei 10.216, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei trouxe ao paciente o direito de melhor tratamento no sistema de saúde; a reinserção na família, no trabalho e na comunidade; ser informado melhor a respeito da doença e a escolha de tratamentos menos invasivos.

Para Ferreira *et al.* (2016) a reforma psiquiátrica estabeleceu ao longo de um período um novo conceito de instituição para indivíduos com transtornos mentais, acarretando uma grande melhoria na mudança do olhar da população para os indivíduos, até então, marginalizados. Percebeu que o maior objetivo é a reabilitação do paciente a uma vida social reintegrando-o e proporcionando tratamento apropriado.

Para atender esta necessidade a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088/2011, tendo como principais objetivos expandir o acesso à atenção psicossocial da população, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e/ou com excesso de álcool e outras drogas e os seus familiares garantindo a articulação e integração da rede, visando o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2011).

Um componente de visibilidade na saúde mental que compõe o RAPS, é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que desenvolve projetos terapêuticos, retirando medicamentos possíveis, encaminhando e acompanhando usuários de residências terapêuticas, assistindo e sendo apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

* Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Goiás. Mestranda em Ambiente e Sociedade (*campus* Quirinópolis) na mesma instituição.

** Doutora em Genética pela Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária da Universidade Estadual Paulista. Docente da Universidade Estadual de Goiás e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Sociedade (*campus* Quirinópolis) da mesma instituição.

*** Doutor em História pela Universidade Estadual Paulista. Docente da Universidade Estadual de Goiás e dos programas de pós-graduação *stricto sensu* em História (*campus* Morrinhos) e Ambiente e Sociedade (*campus* Quirinópolis) na mesma instituição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os Estados membros elaborem políticas nacionais que incorporem práticas da medicina tradicional e complementar aos sistemas de saúde da Atenção Básica. Atendendo a essa recomendação, o Brasil, em 2006, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) objetivando a incorporação e implantação dessas práticas no SUS, prevenindo agravos, e promovendo e recuperando à saúde. As PIC compreendem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico, e a integração do ser humano com o meio em que vive (BRASIL, 2006).

Dentro das PIC's, destacamos a fitoterapia e plantas medicinais. Temos o Brasil como o país com a maior biodiversidade do mundo, e entre os elementos que à compõem estão as plantas que possuem diferentes potenciais químicos, orgânicos e inorgânicos explorados pelo homem (ZAGO, 2018). Sabendo que toda planta medicinal possui propriedades específicas, existem as plantas que podem ser usadas nos transtornos mentais e comportamentais, como na depressão e ansiedade. Atualmente existem algumas plantas que já são usadas na ansiedade como a *Melissa officinalis* L. (erva-cidreira) e *Passiflora edulis* Sims (maracujá), pois agem no Sistema Nervoso Central com ação calmante (ANVISA, 2014).

Assim, pensando no cenário em que se encontra a saúde atualmente. Espera-se que este estudo possa contribuir e trazer compreensão do processo da Reforma Psiquiátrica e entender a importância que o CAPS tem na consolidação dessa reforma, sendo considerado uma unidade cuidadora e de cuidado. E também trazer entendimento e atender a uma necessidade que a população tem em buscar tratamentos alternativos, que possuem menor efeito colateral e baixo custo, que é o que as práticas integrativas e complementares, como fitoterapia, oferecem.

Referencial teórico

a) saúde mental

A saúde mental, física e social são características da vida que estão intimamente ligadas, mas são profundamente interdependentes. Quando o entendimento dessa relação cresce, fica cada vez mais evidente que a saúde mental é importante para o bem-estar geral dos indivíduos na sociedade. Infelizmente, na maior parte do mundo, a saúde mental não tem a mesma importância que a saúde física, e como resultado, o mundo está sofrendo cada vez mais com os transtornos

mentais e, sem tratamentos adequados (WHO, 2001).

Saúde mental não se resume só em ausência de doença mental. É a consequência do desenvolvimento psicológico ao longo da vida. O bem-estar mental e social estão diretamente ligados ao nosso corpo e nossa mente, e se esses dois fatores não estiverem com saúde, as doenças físicas e mentais podem se apropriar. Em 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas foram adotados 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), que são um apelo global à nação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, e garantir que as pessoas, possam desfrutar de paz e de prosperidade. A ODS 3 - Saúde e Bem-estar, vem para “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (BRASIL, 2015).

Transtorno mental é um distúrbio no pensamento, sentimento ou comportamento de um indivíduo que reflete em um problema na função mental e social. A carga dos transtornos mentais continua a crescer, com impactos significativos na saúde e importantes consequências sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo (WHO, 2021). Os transtornos mentais não psicóticos, nos quais não há perda de contato com a realidade, por exemplo depressão e ansiedade têm alta predominância na população mundial, provocam grandes aumentos nos custos sociais e prejuízos econômicos, pois ocasionam desqualificação e ausência no trabalho e aumentam o uso dos serviços de saúde (SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde lançou um relatório com dados de 2017, que apontava o Brasil como o país com a maior predominância de transtornos de ansiedade das Américas: tais transtornos atingem 9,3% da população, o equivalente a 18,6 milhões de pessoas. Esse mesmo relatório mostrou que 76% dos Estados-Membros têm uma política ou plano separado para a saúde mental e 67% têm uma lei independente de saúde mental (OPAS, 2018).

O início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil foi no ano de 1978. A partir deste movimento, que começaram a apresentar e a estabelecer denúncias da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A nova política de saúde mental no Brasil foi conquistada por meio da reforma psiquiátrica através da Lei 10.216 de 2001. Neste contexto, a assistência manicomial tinha o seu foco na doença, deixando de lado o sujeito como um todo. O auxílio aos pacientes com transtornos mentais no Brasil surgiu nos primeiros hospí-

cios de forma completamente preconceituosa, apenas para retirar da sociedade os que eram considerados loucos. A reforma psiquiátrica é a decorrência de muito empenho, ela veio trazer aos pacientes psiquiátricos um tratamento adequado e acompanhamento por meio da desinstitucionalização. Então, a desinstitucionalização veio como uma ruptura de que os transtornos psíquicos poderiam ser resolvidos sem a necessidade de uma assistência especializada e com uma reorientação de uma nova forma de assistência (HIRDES, 2009).

O resultado da reforma, foi o progresso na organização da rede de serviços psicossociais que apresenta papel fundamental no auxílio e na consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A principal dificuldade enfrentada no cuidado psicossocial é aumentar o acesso aos serviços de base comunitária. Entre estes serviços, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que são unidades exercendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional, realizam atendimento para tratamentos e reinserção de pessoas com transtorno mental grave e persistente, ou seja, são espaços para acolher pacientes com transtornos mentais em tratamento não-hospitalar (ASSIS et al., 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

b) contexto histórico

Para a OMS (2013), saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, trabalha de forma produtiva, pode construir relações sociais, encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade e possui possibilidades de uma participação ativa na sociedade.

Na antiguidade, as culturas consideravam as doenças mentais, como um castigo dos deuses ou possessão por espíritos, e para a igreja, era necessário o exorcismo. Mas, Hipócrates (pai da medicina), começou a desmistificar que a doença era causada por maus espíritos, dando início à estudos sobre as doenças mentais. Com a propagação do cristianismo, a crença que os problemas psicológicos estavam associados a ira divina voltou. Na Renascença, em Valência - Espanha no ano de 1410, foram construídos os primeiros hospitais psiquiátricos, eles não eram restritos apenas a doentes mentais, mas a todos que queriam se esconder (OMS, 2018).

Em *Microfísica do Poder*, Michel Foucault (2017), mostrou que existe uma correlação histórica da loucura:

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada e era essencialmente considerada uma forma de erro ou ilusão. [...] na Idade Clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separado no caso de tomar formas extremas ou perigosas [...] (FOUCAULT, 2017, p.201).

Para Foucault (2017), até então

Para Foucault (2017), até então

[...] a loucura não era sistematicamente internada, era considerada essencialmente como uma forma de erro ou de ilusão. [...] momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre [...] se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade (FOUCAULT, 2017, p. 201).

Foucault nos oferece uma perspectiva para pensar a loucura de modo que percebemos este sujeito, não como um alienado, mas como membro de uma sociedade que não o integrou. Ele nos faz perceber que a relação da sociedade com a loucura não é somente política e social, é também religiosa, moral e econômica, o que querem é isolar estes indivíduos do convívio urbano-social.

É que, de um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, às suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões (FOUCAULT, 1978, p. 29).

Na metade do século XVIII com a queda da influência da igreja e a ascensão dos ideais liberais e racionalistas ocorreram diversas revoluções no campo da Ciência que fez emergir a Psiquiatria. O médico Phillippe Pinel, durante a Revolução Francesa, desenvolveu a tese de que era preciso acabar com os tratamentos “sub-humanos” e cuidar dos doentes mentais com tratamentos psicológicos mais gentis. No século XX, surgiu Freud com a teoria baseada no diálogo livre, e é aqui que começaram a ser introduzidos novos medicamentos e exames laboratoriais, que geraram uma revolução na saúde psiquiátrica, dando origem aos avanços atuais (TROVÃO; VELÔSO, 2016; OMS, 2018).

Posteriormente, a psiquiatria começou a se limitar em observar e escrever os distúrbios nervosos objetivando o conhecimento alienado. Assim o manicômio assumiu funções médico-terapêutica, social e de proteção da sociedade perante grupo específico. Críticas ao modelo de asilo manicomial surgiram, questões de como essas instituições funcionavam, a forma de tratamento utilizada, como era a conduta dos profissionais e onde a privação de liberdade levaria o paciente, foram levantadas. E alguns países começaram a buscar uma reforma na saúde mental com intuito de resolver as críticas existentes. Por volta de 1940 na Inglaterra, Maxwell Jones desenvolveu as Comunidades Terapêuticas; na França, Francois Tosquelles criou o movimento de Psicoterapia Institucional; e nos Estados Unidos, Gerald Caplan introduziu a Psicoterapia Comunitária (DESVIAT, 2011).

Em 1977, o médico George L. Engel relatou a necessidade de um novo modelo médico, que deixasse de lado o individualismo e o curativismo e considerasse o indivíduo no contexto ambiental e social, como uma perspectiva integral. Assim, ele usou o termo “modelo biopsicossocial”, no qual olhava e estudava a doença consi-

derando os fatores biológicos, as condições psicológicas e emocionais, e o contexto social e ambiental no qual se inseria o indivíduo (GUIMARÃES, 2022)

No Brasil, o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos ocorreu no ano de 1978. Foi a partir deste movimento, que começou a apresentar e estabelecer denúncias de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, identificação da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ocorrido em Bauru - São Paulo, em 1987, adotou o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em 1989, deu início ao processo de prática a reversão do modelo manicomial em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foram implantados neste município os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, e foram criadas cooperativas e residências para os egressos dos hospitais e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, demonstrava que a Reforma Psiquiátrica era provável e executável, não somente imaginária. Assim nascia o direito do doente mental à cidadania (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002).

Neste mesmo ano de 1989, surgiu o Projeto de Lei nº 3.657, que dispunha sobre a extinção progressiva das instituições manicomiais e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (LEAL; ANTONI, 2013). Uma das inovações, que buscava modificar o modo teórico e técnico da psiquiatria tradicional, foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Seus pressupostos evidenciam atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico, e a reabilitação psicossocial, trazendo a possibilidade do exercício da cidadania, autonomia e interação social.

A reabilitação psicossocial é uma tática que provoca a transformação de toda política dos serviços de saúde mental e englobam os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Após muitas lutas, milhares de leitos foram fechados e ocorreu a inserção significativa de redes de serviços de saúde mental em todo território nacional, com ênfase para os CAPS's que hoje são uma sugestão importante para o amparo das pessoas em sofrimento psíquico. Em 2001, a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental é aprovado na Lei 10.216, trazendo:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No ano de 2011, foi organizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n. 3088, que instituiu o RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais objetivos expandir o acesso à atenção psicossocial, promover o vínculo dos portadores de transtornos mentais e/ou com excesso de álcool e outras drogas e os seus familiares, garantindo a articulação e integração da rede, visando o acolhimento, proporcionar acompanhamento contínuo e atenção às urgências (SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2011).

Atualmente, Ministério da Saúde administra a Política Nacional de Saúde Mental que envolve estratégias e diretrizes adotadas pelo Governo Federal para constituir uma assistência aos indivíduos com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Nesta política está incluso atendimento às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo entre outras, e pessoas com quadro de uso danoso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. O amparo desses indivíduos e seus familiares é um método de precaução fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, e os indivíduos em situações de crise podem ser atendidas em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) respeitando as estruturas e funções de cada ponto de atenção (BRASIL, 2019).

Figura 1. Estrutura que compõe os pontos de atendimento dos RAPS, segundo dados do Ministério da Saúde (2019)



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Para Ferreira et al. (2016) a reforma psiquiátrica estabeleceu ao longo de um período um novo conceito de instituição para indivíduos com transtornos mentais, acarretando uma grande melhoria na mudança do olhar da população para os indivíduos, até então, marginalizados. Percebeu que o maior objetivo desta reforma foi a reabilitação do paciente à uma vida social reintegrando-o e proporcionando tratamento apropriado.

Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial torna-se cada vez mais necessária de discussão em torno das estratégias de inclusão social e capacitação desses indivíduos. Para Guerra (2004) a reabilitação psicossocial deve reunir três modelos de estudo e conhecimento: o modelo psicoeducativo que são alicerçados na habilidade e manutenção do convívio entre o indivíduo doente, a família e a comunidade; o modelo sociopolítico que considera na reabilitação as realidades locais, como cultura, recursos e serviços disponíveis devem ser levadas em consideração. Aqui ganha importância a estatura política e social da metodologia de reabilitação com possibilidades de retorno a vida pública nas perspectivas de cada um; e modelo de reabilitação clínica que parte da suposição da singularidade do indivíduo com desenvolvimentos civilizatório. Além disso, instaurou a experiência de tentar construir uma técnica que reconduza o indivíduo em sua trajetória levando em conta seu contexto de realidade com participação política e social sem tirar a particularidade de cada indivíduo na inclusão do retorno à vida social. A desinstitucionalização e a inserção das pessoas com transtornos mentais na comunidade são serviços aos quais o SUS vem se empenhando nos últimos anos, a criação de residências terapêuticas e o Programa “volta pra casa”, são exemplos de atividades executadas com este objetivo. As Residenciais Terapêuticas, são casas lo-

calizadas no espaço urbano, organizadas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, ela deve garantir o direito à moradia dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. E o Programa “Volta pra Casa”, tem como objetivo contribuir de forma efetiva no processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, isso possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2005).

Outra instituição que tem papel fundamental e estratégico na Reforma Psiquiátrica é o CAPS, regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, tem a função de dar acolhimento diuturno aos indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, dando cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, favorecendo a inclusão social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil há vários anos, tem como objetivo principal a desinstitucionalização, a desconstrução de uma assistência onde somente a internação é o tratamento adequado para um paciente que esteja em sofrimento mental. Ela procura a desconstrução da assistência manicomial, que acaba agravando o sofrimento psíquico do indivíduo, busca também transformar toda a cultura que dá apoio a violência, o preconceito, a discriminação e o aprisionamento dos doentes mentais. As alterações na saúde mental ainda compreendem não buscar uma cura, mas sim dar apoio de qualidade ao indivíduo que está em sofrimento psíquico, fazendo assim uma desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas, mudando a política de saúde mental brasileira (MUNIZ et.al., 2014).

c) Transtornos mentais e comportamentais: classificação

Segundo classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento, os transtornos mentais e comportamentais são classificados como doenças com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química, produzindo prejuízos no desempenho da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993; SANTO; SIQUEIRA, 2010).

Para American Psychiatric Association (2014):

“Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.”

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é uma lista de doenças publicada pela OMS, visando padronizar a codificação de doenças. Nesta lista os Transtornos Mentais estão subdivididos em 99 tipos de transtorno, mas os subgrupos mais comuns são:

Demência: também classificado como “transtorno neurocognitivo”, é uma condição geralmente de natureza crônica, na qual há degradação da função cognitiva além do aguardado pelo envelhecimento normal. Afeta memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. O comprometimento da função cognitiva é seguido, ou até mesmo antecedido, pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação (OPAS, 2020). A prevalência na sociedade geral é muito baixa, geralmente entre 1% e 2%, mas aumenta muito com a idade, acometendo quase 14% dos idosos (DSM-5, 2014)

Transtorno devido uso do álcool: é determinado por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e desejo intenso de consumo. Indivíduos do sexo masculino apresentam maior consumo de álcool. Este transtorno colabora para a ausência ou perda do emprego, acidentes e baixa produtividade no trabalho. O uso de álcool costuma estar associado a outra condição psíquica do indivíduo, a substância em questão pode ser utilizada para aliviar problemas secundários como, depressão, ansiedade, insônia (DSM-5, 2014). É comum que os transtornos relacionados ao consumo de álcool coexistam com outras doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade severa, insônia, suicídio e abuso de outras drogas. O uso contínuo de álcool acomete o aparecimento de doenças cardíacas, derrame, câncer e cirrose hepática, afetando os sistemas cardiovascular, gastrointestinal e imunológico (SCHUCKIT, 2009).

Esquisofrenia: é uma doença mental crônica, que surge espontaneamente, geralmente tem manifestação na adolescência ou início da fase adulta. Bleuler (1857-1939) mencionou o termo "esquizofrenia" (esquizo = divisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce, definiu assim o termo para indicar a

presença de uma confusão entre pensamento, emoção e comportamento (SILVA, 2006).

Este transtorno apresenta diversos *déficits* cognitivos. E as funções cognitivas mais afetadas: atenção; memória e aprendizagem verbal e visual; raciocínio e resolução de problemas; velocidade de processamento; memória de trabalho e cognição social (LIMA & ESPÍNDOLA, 2015).

Transtorno de humor: Os transtornos de humor são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Fazem parte desse eixo a depressão e o transtorno bipolar. Consiste tipicamente em episódios de alienação e depressão, separados por períodos de humor normal. São patologias que influenciam negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Sentimento de tristeza, anedonia, culpa excessiva, desvalia, retardo ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, insônia, alterações de apetite, peso, diminuição da libido são identificados como sintomas comuns. Segundo a OMS, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação global em 2030 (MACHADO- VIEIRA; SOARES, 2007; OLIVEIRA et al., 2020).

Transtorno neurótico e estresse: desequilíbrio mental que causa ou derivam em angústia. Os principais sintomas são perturbações dos comportamentos, sentimentos e ideias que manifestam a defesa contra a angústia. A neurose é caracterizada pelo distanciamento da realidade, já que o indivíduo neurótico tem dificuldade em lidar com a realidade (DUNKER, 2014)

Retardo mental: é um dos transtornos mais comum em crianças, acomete aproximadamente 1% da população jovem, apresentam sintoma de atraso na fala, alteração de comportamento e baixo rendimento escolar. O retardo mental está associado a anormalidades dos dendritos e das espinhas dendríticas (VASCONCELOS, 2004).

d) Hospital Colônia de Barbacena: o holocausto na psiquiatria do Brasil

O Hospital Colônia de Barbacena situa-se na cidade de Barbacena, Estado de Minas Gerais, na região da serra da Mantiqueira. O município conhecido por seu clima ameno, recebeu o nome de “Cidade dos Loucos” por muitos anos, justificado pela instalação de sete hospitais psiquiátricos em seu território. O maior desses hospitais teve seu funcionamento iniciado em

1903, utilizando o prédio de uma antiga instalação de um falido sanatório para tuberculose (QUIROGA, 2021).

O hospital possuía 8 mil metros quadrados e funcionou entre os anos de 1903 e 1980, acumulando um trágico número de mortes e internações sem diagnósticos. A instalação recebia crianças e adultos, eram enviados para lá crianças consideradas desobedientes ou com deficiência física, moças que tinham perdido a virgindade ou estavam grávidas solteiras, esposas trocadas por amantes, prostitutas, homossexuais, mendigos, presos políticos, negros e tantos outros indesejáveis para viver na sociedade, e alguns com doenças como sífilis e tuberculose. Daniela Arbex (2013) documentou, em seu livro *Holocausto Brasileiro*, a trágica história dos pacientes, trabalhadores, médicos e os sobreviventes desse hospital que se revelou um local de tratamentos com brutalidades.

O livro de Arbex (2013) trouxe que o Hospital Colônia foi, infelizmente, o extremo oposto do que avaliamos ser uma assistência adequada ao “louco”. O poder político fazia olhos vendados frente à administração do Colônia, a autora assinala que em 1961, o então presidente Jânio Quadros, só tentou reverter a situação vivida pelo hospital após denúncia publicada pela revista mineira mostrando a calamidade do local, criou-se comissões para discutir a situação da unidade, mas não conseguiram deter os abusos.

Incentivado pelos pensamentos e ensinamentos de Foucault, o médico Ronaldo Simões denunciou os abusos acontecidos no Colônia e nos tratamentos psiquiátricos oferecidos na região, e isso teve o custo de seu cargo e como consequência o arquivamento das denúncias sem nenhum resultado. Em 1979, o então psiquiatra italiano Franco Basaglia, que era apoiador da luta antimanicomial, visitou o Colônia e afirmou “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 207).

Por não terem atendimento adequado e sofrerem diversas agressões, os internos do Hospital Colônia faleciam constantemente. Segundo Arbex (2013) cerca de 60.000 mortes ocorreram no Colônia, e entre os anos de 1969 e 1980, como havia um grande número de corpos, esses e /ou peças anatômicas eram vendidas pelo hospital parafaculdades de medicina.

As condições degradantes e a superlotação no Hospital Colônia receberam popularidade no final da década de 1970, isso devido a uma grande divulgação da imprensa na qual exibiram de forma mais constantes cenas do cotidiano da instituição, essas exposições tiveram apoio de movimentos que lutavam pela reforma psiquiátrica. Mas somente com a presença de Basaglia nas denúncias e debates sobre as imagens é que se começou a traçar novos caminhos (BORGES, 2017).

O processo de desospitalização de Barbacena teve início a partir de 1981, com a criação de duas unidades, um ambulatório para o atendimento dos internos e uma unidade para pacientes agudos. Em 1986, ocorreu mais uma reforma no hospital e criaram-se cinco módulos residenciais para atender aos pacientes, e um Centro Comunitário para atividades terapêuticas. E em 1996, criou-se nas instalações o “Museu da Loucura”, que agrupa documentos e imagens sobre a história da psiquiatria, em Barbacena (AZEVEDO, 2014).

e) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978. Este evento teve como objetivo alertar governos, profissionais da saúde e a comunidade mundial, para a necessidade de ação urgente de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Foi nesse evento que ocorreu a criação do Programa de Medicina Tradicional da OMS, com o aconselhamento aos estados-membros de formular e regulamentar políticas públicas nacionais, que facilitam a integração da medicina tradicional e complementar-alternativa nos sistemas de atenção de saúde; e sobreveio o reconhecimento oficial do uso das plantas medicinais e fitoterápicos com intenção profilática, curativa, paliativa ou para diagnósticos (WHO, 2004).

De acordo com a OMS, a Medicina Tradicional corresponde ao agrupamento de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, usadas para a manutenção da saúde, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas ou mentais. Já os termos “medicina complementar” e “medicina alternativa”, refere-se a um vasto conjunto de práticas de cuidados de saúde que não são da tradição do próprio país e não são interligados no sistema de saúde, em alguns países estes termos são usados como sinônimos de “medicina tradicional”. Para a OMS, o Programa de Medicina Tradicional inclui produtos de origem vegetal, e práticas com profissionais da medicina tradicional e complementar (WHO, 2013).

A Medicina Tradicional (MT) e a Medicina Integrativa e Complementar (MAC) têm como pontos positivos a diversidade, flexibilidade, acessibilidade, ampla aceitação entre os países em desenvolvimento e custo relativamente baixo, mas também desperta um lado negativo que é a falta de evidências científicas das terapias e a forma de disseminar o seu uso correto. Em 2002, lançou-se a “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005” era um documento que tinha como objetivo: desenvolver as MT e MAC e integrar ao sistema de saúde nacional; garantir uso adequado, seguro e eficaz; e aumentar

o acesso entre os Estados membros, a comunidade científica e a população (WHO, 2004).

No entanto em 2013 uma nova estratégia foi lançada. A “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, que teve por finalidade ajudar os Estados Membros a desenvolver políticas dinâmicas e aplicar planos de ações que reforcem o papel da medicina tradicional na manutenção da saúde das pessoas. E seus principais objetivos foram: associar políticas, programas e planos nacionais no desenvolvimento e aplicação sobre MT nos sistemas de saúde; promover segurança, eficácia e qualidade dos serviços de MT; regulamentar produtos e práticas profissionais; e formar e capacitar os profissionais de saúde (WHO, 2013).

No Brasil, a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, iniciou-se a partir de várias conferências e das recomendações da OMS. A partir dos anos de 1980 houve aprovação e estabelecimento dessas abordagens de atenção à saúde, mas o início se deu principalmente após a criação do SUS. Os estados e municípios conseguiram aumento na autonomia para definir suas políticas e ações na saúde a partir do momento que a população obteve certos poderes de decisões nas suas comunidades locais. As PICs são condutas que ativam a autonomia dos pacientes e incentivam a arte da escuta acolhedora, o vínculo terapêutico, um cuidado humanizado, sustentado aquilo que a reforma psiquiátrica propõe.

No ano de 2003, representantes das associações da Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica reuniram-se com o então ministro da Saúde, para discutir e implementar ações, no sentido de elaborar uma política nacional que considerasse não só os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo de total do cuidado humano. Assim foi instituído um grupo de trabalho com participação de vários representantes das secretarias, no qual foi criado 4 subgrupos respeitando suas respectivas áreas, sendo eles: homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Após a conclusão dos trabalhos dos subgrupos e a elaboração da proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC), o documento foi submetido à avaliação no dia 17 de fevereiro de 2005, e em setembro desse mesmo ano foi indicado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a ser apresentado à comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia para avaliação e recomendações. E em 2006, consolidou-se como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2006).

A PNPIC tem como diretrizes principais: estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS; desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS; divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento da participação social; provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações; incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências das PICS nos campos da atenção; garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006).

Em 2006, a aprovação da PNPIC contemplou 5 práticas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo, fitoterapia e plantas medicinais, homeopatia e medicina antroposófica. Em março de 2017, com a Portaria nº 849, a PNPIC foi ampliada em outras 14 práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reike, Shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas integrativas. E em março de 2018, com a publicação da Portaria nº 702, foram inclusas outras 10 práticas na PNPIC: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais. Atualmente são 29 práticas oferecidas no SUS.

De acordo com a PNPICS, compete ao administrador estadual, elaborar normas técnicas para inclusão das práticas na rede de saúde do estado, definir recursos para a implementação da política considerando a composição União, Estado e Municípios, promover articulação entre setores para efetivar o plano, implantar diretrizes de educação permanente, acompanhar a assistência farmacêutica, estabelecer instrumentos de avaliação de impacto e divulgar a política de PICS no SUS. O “Observa PICS” informou que até o ano de 2019, nove Estados brasileiros (Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte) e o Distrito Federal possuem políticas com legislação própria para as PICS. Sendo Goiás e Minas Gerais os primeiros a instituí-las, em 2009. O Ministério da Saúde (2019) divulgou que existem 9.350 estabelecimentos de saúde no país ofertando 56% dos atendimentos em Práticas Integrativas e Complementares (PICS), tendo a Atenção Básica o maior índice de serviços PICS ofertados, isso faz o Brasil ser referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica.

Considerações finais

Conforme apresentado, no Brasil somente nos fins da década de 1970 teve início a um movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos que passaram a denunciara violência e abusos cometidos nos manicômios existentes no Brasil, especialmente, na cidade de Barbacena-MG. A partir deste movimento, que começaram a apresentar e a estabelecer denúncia da violência nos manicômios espalhados pelo Brasil.

No entanto, a conquista efetiva destes direitos se deu somente em 2001 com a aprovação da Lei 10.216, que dispôs sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Até então, a assistência manicomial tinha o seu foco na doença, deixando de lado o sujeito como um todo.

Essa reforma psiquiátrica veio trazer aos pacientes psiquiátricos um tratamento adequado e acompanhamento por meio da desinstitucionalização e organização de uma da rede de serviços psicossociais que foram essenciais na consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Dentre estes serviços foram criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Trata-se de unidades que oferecem serviços de saúde psíquica e psicológica aberta à comunidade e com equipes multiprofissionais que passam a realizar atendimento e tratamentos que visam o acolhimento e a reinserção de pessoas com transtorno mentais graves e persistentes.

No ano de 2006 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS consolidadas pelas portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Consolidou-se assim, como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2006).

E, por fim, em 2011 foi ampliada essa rede de atendimento com a criação pela Portaria n. 3088 do RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A reforma psiquiátrica promoveu a desinstitucionalização e a inserção das pessoas com transtornos mentais na comunidade pelos serviços de atendimento do SUS, com a criação de residências terapêuticas e o Programa “volta pra casa”. Programas de atendimento constituídos para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves (ou leves) que tem como objetivo contribuir de forma efetiva no processo de inserção social com a ampliação de redes atendimento que possam assegurar o

bem-estar global da pessoa e garantia de direitos civis, políticos e de cidadania a uma população que há muito permaneceu desassistida e à margem da sociedade.

Referências

- AMERICAN Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed. 2014.
- ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 298, de 12 agosto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, C.A.; JACINTO, A.B.M.; KINOSHITA, R.T.; MACDOWELL, P.L.; MOTA, T.D.; NICACIO, F.; SCHORN, M.C.; SOUZA, I.S.; TRINO, A.T. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, outubro, 2014.
- AZEVEDO, K. R. N. **E aí as histórias ficam boas**: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG. Minas Gerais: Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João delRei, São João Del-Rei. 2014.
- BORGES, V.T. Memórias difíceis: Hospital Colônia de Barbacena, reforma psiquiátrica brasileira e os usos políticos de um passado doloroso. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio**, v.10, p. 105-127, 2017.
- BRASIL. Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial**. Brasília. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015, 48p. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS)**: quais são e para quem servem. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 30/06/2021

DESVIAT, M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidade. **Revista Esp. Salud Pública**, n. 85, p. 427-436, 2011.

DUNKER, C. I. L. Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. **Psicologia USP**, v. 25, n. 1, p. 77-96, 2014.

FEREIRA, J.T.; MESQUITA, N.N.M.; SILVA, T.A. da; SILVA, V.F. da; LUCAS, W.J.; BATISTA, E.C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Revista Saberes**, n. 1, v.4, p. 72-86. 2016

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. Tradução: José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso

conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004.

GUIMARÃES, J. Disponível em: <
<https://www.significados.com.br/autor/dra-juliana-guimaraes/>> Acesso em:13/01/2022.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: um (re)visão. **Revista ciência e saúde coletiva**, n. 1, v. 14, p. 297-305, 2009.

LEAL, B.M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Aletheia**, n. 40, p. 87-101. 2013.

LIMA, A.B.; ESPÍNDOLA, C.R. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. **Revista Subjetividades**, v. 15, n.1, p. 105-112, 2015.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J.C. Treatment-resistant mood disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29 (Supl II), p. 48-54, 2007.

MUNIZ, M.P.; TAVARES, C.M.M.; SOUZA, A.C.; PACHECO, C.K.R.; FIGUEIREDO, L. Unveiling the design of therapeutic nursing in mental health: an experience report. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 132-140, 2014.

NASI, C.; SCHNEIDER, J.F. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista Escola Enfermagem USP**, n. 45, v. 5, p. 1157-1163, 2011.

OLIVEIRA, J.M.V.; REGNE, G.R.S.; REINALDO, A.M.S.; SILVEIRA, B.V.; GOMES, N.M.R. Mood disorders, symptoms and treatment in the family's perspective. **Revista Saúde Mental Álcool Drogas**, n. 16, v.2, p. 42-48, 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional**, 2013-2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Atlas de Saúde Mental das Américas 2017**. Washington, DC: OPAS, 2018.

QUIROGA, M. **Saúde com arte**: Museu da Loucura (MG). Disponível em: <
<http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/saude-com-arte-museu-da-loucura-mg#main-content/>> Acesso em: 10/11/2021.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquia-**

tria, n. 59,v.3, p. 238-246. 2010.

SANTOS, R. S.; SENA, E. P. de; AGUIAR, W.M. Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 16, n. 3,p. 374, 19 dez. 2017.

SCHUCKIT, M.A. Alcohol-use disorders. **The Lancet**, v. 373, n. 9662, p. 492-501. 2009.

SILVA, R. C. B. da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVA, T. A. da; PAULA JÚNIOR, J. D. de; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de minas gerais, brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 2, v. 21, p. 346-363. 2018.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, n. 1, v. 9, p. 25-59. 2002.

TROVÃO, A.L.C.; VELÔSO, T.M.G. Saúde Mental: um estudo sobre representações sociais na estratégia da saúde da família de Boqueirão – PB. In: VELÔSO, T.M.G.; EULÁLIO, M.C. **Saúde Mental: saberes e fazeres**. Campo Grande: EDUEPB, 2016, p. 199-242.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 71-82, 2004.

WHO. World Health Organization. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Genebra, Suíça. 50p. 2013.

WHO. World Health Organization The World Health Report 2001. **Mental Health: New Understanding, New Hope**, Lisboa. 2001.

WHO. **World Health Organization**.2021 Disponível em: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1
Acesso em: 25/05/2021.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**.Genebra; 2004.

ZAGO, L.M.S. Vinte dois anos de pesquisa sobre plantas medicinais: uma análise cienciométrica. **Tecnia**, v. 3, n.1, p. 157- 173, 2018.

Transtorno mental é considerado um distúrbio no pensamento, sentimento ou comportamento de um indivíduo refletindo problemas na função mental do mesmo. No Brasil, o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos teve início em 1978, e somente em 2001 a nova política de saúde mental foi conquistada, através da Lei 10.216. Esta lei trouxe a reforma psiquiátrica, estabelecendo assim, um novo conceito para as instituições que ofereciam tratamentos aos pacientes com transtornos mentais, a reabilitação à vida social, reintegrando-o e proporcionando tratamentos apropriados eram oferecidas. O principal resultado dessa reforma foi a organização da rede de serviços psicossociais. Entre estes serviços, os Centros de Atenção Psicossociais, que são unidades exercendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário. A Organização Mundial de Saúde, tem orientado a integração da medicina tradicional e complementar aos sistemas de atenção à saúde. E atendendo a esta orientação o Brasil, elaborou a Política de Práticas Integrativas e Complementares, que são meios terapêuticos que procuram a prevenção e recuperação de doenças, utilizando recursos que vinculam o ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

RESUMO

Transtorno mental, reforma psiquiátrica, práticas integrativas e complementares.

PALAVRAS-CHAVE

Mental disorder is considered a disturbance in an individual's thinking, feeling or behavior reflecting problems in the individual's mental function. In Brazil, the social movement for the rights of psychiatric patients began in 1978, and it was only in 2001 that the new mental health policy was achieved, through Law 10,216. This law brought the psychiatric reform, thus establishing a new concept for the institutions that offered treatments to patients with mental disorders, the rehabilitation to social life, reintegrating it and providing appropriate treatments were offered. The main result of this reform was the organization of the network of psychosocial services. Among these services, the Psychosocial Care Centers, which are units providing open and community health services. The World Health Organization has guided the integration of traditional and complementary medicine into health care systems. And in compliance with this orientation, Brazil prepared the Policy on Integrative and Complementary Practices, which are therapeutic means that seek to prevent and recover from diseases, using resources that link human beings with the environment and society.

ABSTRACT

Mental disorder, psychiatric reform, integrative and complementary practices.

KEYWORDS

LORENA DA FONSECA FERREIRA

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3246-7786>

E-mail: if.dafonseca@gmail.com

DÉBORA DE JESUS PIRES

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6144-2633>

E-mail: debora.pires@ueg.br

HAMILTON AFONSO DE OLIVEIRA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5723-4401>

E-mail: hamilton.oliveira@ueg.br

RECEBIDO: 10.09.2022

ACEITO: 01.10.2022