



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

REFORMA PSIQUIÁTRICA E REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL: IMPASSES E DESAFIOS

EDRIANE RODRIGUES DA SILVA

BRASÍLIA
JUNHO/ 2007

EDRIANE RODRIGUES DA SILVA

**REFORMA PSIQUIATRICA E REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL: IMPASSES E DESAFIOS**

Monografia apresentada
como requisito para
conclusão do curso de
psicologia do UniCEUB –
Centro Universitário de
Brasília.

Professora orientadora: Tânia
Inessa Martins de Resende.

Brasília, julho de 2007.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

A menção obtida foi:

Brasília, julho 2007

Índice

Resumo.....	4
Introdução.....	5
Capítulo 1: O contexto histórico e o surgimento das primeiras instituições psiquiátricas.....	9
Capítulo 2: A história da psiquiatria brasileira e a luta antimanicomial no Brasil.....	18
2. 1 – As primeiras instituições psiquiátricas brasileiras.....	18
2. 2 – O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	20
2. 2. 1 – Lei 10.216 – Lei Paulo Delgado.....	23
2. 3 – A luta antimanicomial.....	24
Capítulo 3: Os hospitais psiquiátricos: um modelo de assistência ainda predominante em saúde mental.....	27
3. 1 – O Hospital São Vicente de Paula.....	28
3. 2 – O convívio com usuários e equipe do HSVP através do estágio em saúde mental.....	29
3. 2. 1 – A internação.....	30
3. 2. 2 – As oficinas terapêuticas.....	35
Capítulo 4: A reabilitação psicossocial no atendimento à família e na inclusão do usuário no trabalho.....	39
4. 1 - Atendimento aos familiares.....	40
4. 2 – O trabalho como reabilitação psicossocial.....	43
Conclusão.....	50
Referências bibliográficas.....	52
Anexos.....	57

Resumo

O presente trabalho monográfico discorre sobre o trajeto da reforma psiquiátrica, seus avanços e suas conquistas dando ênfase a questões que ainda merecem atenção e empenho por parte da equipe de saúde, da sociedade e das políticas governamentais. Este estudo inicia-se por meio de uma reflexão sobre a história da loucura e do sofrimento psíquico, a partir da criação dos espaços de exclusão e da lógica do confinamento como prática terapêutica. Em seguida surge o Movimento Antimanicomial no Brasil, que revê o antigo paradigma da segregação e apresenta novas proposições em prol da substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos que visam à melhora no atendimento e na assistência em saúde mental promovendo o resgate da cidadania do sujeito. A experiência no estágio em saúde mental no Hospital São Vicente de Paula enriqueceu esse estudo ao possibilitar a oportunidade de ouvir os usuários e refletir com eles sobre suas principais angústias e dificuldades. Por influência desta experiência e deste contexto hospitalar, o último capítulo foi formulado levando em consideração a reabilitação psicossocial dando ênfase a qualidade de vida de familiares cuidadores e principalmente buscar a superação do paradigma tradicional que coloca o doente mental como cidadão incapaz, por meio da reinserção no trabalho, através de redes de apoio. Concluímos que a reabilitação psicossocial é um processo em permanente construção de novas e sempre plurais possibilidades de apoio e cuidado, mostrando que os serviços substitutivos avançam em direção a esse novo paradigma psicossocial, mas, ainda tem muitos desafios a serem enfrentados.

Introdução.

A sociedade tem como tendência afastar e marginalizar tudo aquilo que lhe foge aos padrões que ela dita como “normal”. Não é de hoje que se sabe que a exclusão e a marginalização que os usuários sofreram e ainda sofrem em instituições que se comprometem a reabilitá-los, não se mostram suficientes para superar as dificuldades que esses sujeitos encontraram quando foram retirados dos muros manicomial e devolvidos à família e ao convívio social. Porém, não podemos ignorar as dificuldades encontradas pela família na convivência, na aceitação e no entendimento de sujeitos com transtornos psiquiátricos, o que é compreensível devido ao despreparo da sociedade em lidar com esses sujeitos.

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes à família, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o usuário. Isso implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade e da equipe de saúde para com o usuário em saúde mental. Isso requer um investimento nos aspectos sadios dos doentes visando sua reinserção na sociedade e proporcionando-lhes a dignidade e o respeito que lhes foram negados.

A escolha do tema da presente monografia surgiu a partir do acompanhamento de usuários de saúde mental que contam com os serviços médicos-assistenciais do Hospital São Vicente de Paula como referência em tratamento psiquiátrico. O contato com esses sujeitos nos mostrou que os principais fatores que lhes trazem maior sofrimento e angústia se dão pelas dificuldades nas relações familiares, principalmente pelo fato de não poderem ou

não conseguirem trabalhar, devido ao preconceito e as limitações que o adoecimento psíquico acarreta para essas pessoas.

Diante dessa questão, o objetivo principal deste estudo foi buscar saber o que está sendo feito para que a reforma psiquiátrica inclua a questão do acompanhamento familiar e da busca de possibilidades de inclusão do usuário em saúde mental no trabalho para possibilitar o resgate da autonomia e do reconhecimento dessas pessoas como sujeitos capazes de exercer possibilidades de produção material e subjetiva.

Para complementar o trabalho, temos como objetivos específicos à realização da reflexão histórica sobre o desenvolvimento da loucura e da exclusão social nos diversos tempos; as respostas dadas pela sociedade a esta questão e àqueles determinantes para o surgimento de uma nova forma de compreensão da loucura através dos princípios e diretrizes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, bem como mostrar alternativas de superação das dificuldades dos serviços de assistência em saúde mental em trabalhar a relação familiar como possibilitadora de mudança nas relações afetivas e sociais dos envolvidos e em especial, discorrer sobre as principais iniciativas governamentais para implementar projetos de lei que garantam a ampliação dos investimento na saúde mental e apoio para a expansão das ações de “inclusão social pelo trabalho”.

No primeiro capítulo serão utilizadas referências de autores que escreveram e trataram o tema da loucura e da segregação institucional em especial a obra de Foucault que descreve como a exclusão do louco se mostrou como a principal alternativa de retirar o louco do convívio social em uma sociedade que se deparou com grandes mudanças econômicas e sociais e que por isso se mostrava intolerante a qualquer tipo de demonstração humana de improdutividade social e econômica. O termo manicômio surge a partir do século XIX e designa mais especificamente o hospital psiquiátrico, já com a função de dar um atendimento médico sistemático a partir da idéia de Pinel de tentar introduzir o tratamento humanizado e

colocar a doença mental como objeto de estudo da psiquiatria. Quando o tratamento moral se mostrou ineficaz na forma de lidar com a loucura, começaram a surgir os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Já no segundo capítulo, o caminho percorrido é o da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Iniciamos descrevendo relatos históricos das primeiras instituições psiquiátricas brasileiras. A mobilização de usuários, familiares e profissionais de saúde entra em cena com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em prol da reforma psiquiátrica tendo como modelo as experiências de Franco Basaglia no campo da psicologia comunitária italiana. Todo esse movimento deu início à Luta Antimanicomial no Brasil que contou com esforços de seus militantes e obtiveram grandes conquistas, entre elas a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) que regulamenta várias reivindicações do movimento antimanicomial cujo principal projeto consiste na substituição dos hospitais psiquiátricos por diversos serviços substitutivos, além de convidar a sociedade a repensar a sua relação com a loucura e com o doente mental.

O terceiro capítulo promove uma análise reflexiva da experiência de atuação no Hospital São Vicente de Paula – DF, mostrando as dificuldades que usuários e seus familiares enfrentam por terem como referência de tratamento psiquiátrico uma instituição que ainda não se adequou aos moldes antimanicomiais e direciona suas atividades e práticas de saúde mental na concepção do modelo clínico-biológico, utilizando como principal recurso de tratamento a medicalização e por isso não favorecendo a formação de vínculos e a reabilitação psicossocial.

O trabalho discorre, no quarto capítulo a idéia de reabilitação psicossocial como um processo de transformação e de superação do paradigma asilar ao salientar a importância dos CAPS estarem inserindo os familiares nos seus projetos terapêuticos enfatizando o envolvimento familiar como um importante fator no processo de reabilitação psicossocial devido à fragilidade dos laços afetivos em que se encontra o doente e a sua limitada

capacidade de aptidão para o trabalho. Esse novo paradigma de saúde mental exige a formação de redes de apoio social para acolher a pessoa em sofrimento psíquico, ajudá-lo a expressar sua subjetividade e também buscar meios de tornar possível a reinserção do usuário no trabalho através de políticas públicas e sociais, que veja no trabalho uma alternativa de reabilitação psicossocial por meio de projetos políticos e sociais tais como o Trabalho Protegido e a Economia Solidária.

Capítulo 1 - O contexto histórico e o surgimento das primeiras instituições psiquiátricas.

A prática de retirar os doentes mentais do convívio social para colocá-los em um lugar específico, foi durante séculos, visto pela sociedade e pela própria medicina como a melhor alternativa de tratamento para esse “mal” tão temido. O asilo, o hospício e o manicômio são apenas alguns nomes que denominaram (e ainda denominam) as instituições cujo fim era (ou é) abrigar, recolher ou dar algum tipo de assistência aos loucos. As denominações dessas instituições e as formas de tratamento variam de acordo com os diferentes contextos históricos.

Para falarmos do histórico das instituições psiquiátricas, vamos passar primeiro pela obra de Foucault. Em seu livro *História da loucura*, o autor traz fragmentos históricos do surgimento das primeiras instituições de asilamento psiquiátrico, onde desde então a exclusão do louco, ou de qualquer outra doença grave se mostrou a principal alternativa de resolver os “incômodos” que essas pessoas causavam à sociedade.

A partir do século XIV, se alastrava na Europa uma das principais instituições de segregação da Idade Média: os leprosários. Esses locais de confinamento de doentes eram grandes instituições, que tinham a finalidade de isolar os acometidos de lepra para que assim, estando eles isolados do restante da sociedade, pudessem conter o alastramento da doença. Por ser, a lepra, uma patologia que naquela época não tinha cura, o isolamento era a melhor alternativa para evitar a disseminação generalizada da doença e proteger a sociedade (Foucault, 1997).

Por volta do final do século XV, com a regressão da lepra, os leprosários da Europa, passaram a converter seus bens a hospitais gerais e instituições de caridade, mas, esses lugares ainda carregavam o estigma de um ambiente que se destinava a acolher pessoas com doenças

“incuráveis” que ameaçavam a integridade física da população em geral. Com a diminuição dos casos de lepra, esses lugares de exclusão passaram a receber pessoas com doenças venéreas, que também eram discriminadas e vistas como um mal da sociedade (*idem*).

Até então, nos séculos XIV a XVII, os loucos ainda estavam sob o olhar da Igreja Católica, e não das doenças. Na era medieval, existia uma vertente considerada “concepção demonista” (Holmes, 1997). Segundo Machado (2001), defendia-se então que pessoas que tinham visões, ou que agiam de maneira estranha ou promíscua, estavam compactuando com o diabo ou sendo possuídos por demônios e por isso precisavam de alguma forma serem exorcizados, ou até mesmo mortos. Segundo Holmes (1997): “Em uma sociedade como da Europa medieval, na qual um ponto de vista religioso era predominante, a anormalidade era freqüentemente atribuída a causas sobrenaturais e o tratamento envolvia preces e diversas formas de exorcismos” (p. 26).

A concepção demonista foi uma época de sucessivos rituais de tortura e até mesmo de morte, que os insanos sofreram na Idade Média. A idéia antiga da possessão demoníaca foi retomada¹ e tratamentos exorcistas brutais eram usados para expulsar os demônios. Essas pessoas eram condenadas pela Igreja e pela sociedade, sendo apedrejadas e torturadas de diversos modos. Os doentes que pertenciam a famílias de classes sociais mais altas eram isolados em suas casas e através de rezas e rituais de exorcismos, tentava-se a cura de seus males. Já os menos favorecidos socialmente, como os mendigos e os pobres, na fase da demonologia, eram vistas como ameaça para a sociedade e por isso deviam ser mortos em uma tentativa de proteger os outros (Holmes, 1997).

¹ A concepção demonológica é anterior a Idade Média. Evidências na forma de rolos de papiro, monumentos e antigos livros da Bíblia revelam que os antigos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que o comportamento anormal era decorrente de possessão por forças naturais, como deuses irados, maus espíritos e demônios. A primeira tentativa de explicar o comportamento anormal em termos de causas naturais foi quando Hipócrates (460-377 d.C.) ensinou que o cérebro é o órgão responsável pelos transtornos mentais. Durante muito tempo a concepção demonista foi substituída pela medicina, sendo retomada na Idade Média pela força dominante da religião (Holmes, 1997).

Com o apogeu da Idade Média, ocorreu um grande movimento de mudanças culturais que atingiu a população urbana da Europa Ocidental entre os séculos XIV e XVI. Na paisagem imaginária dessa época surge a “Nau dos loucos”, composição literária de Brant, que fala de um fato real de transportar esses passageiros errantes de um lugar para o outro (Foucault, 1997). Essas naus eram embarcações que transportavam sua “carga insana” de uma cidade para outra, sendo o louco banido sistematicamente das cidades e confiados a mercadores e peregrinos, se tornando prisioneiros de lugar algum, ligados ao elemento menos seguro, símbolo de purificação e punição: a água (*ibidem*).

Freqüentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos, pois esses passageiros “incômodos”, muitas vezes não eram aceitos nas cidades onde as embarcações os destinavam a ficar. Cada cidade e cada barqueiro queriam se livrar desse “importúno”, sendo essas pessoas, levadas de um lado para o outro, na maioria das vezes em condições subumanas (*Idem*).

Foucault (1997) descreve a Nau dos loucos não apenas como um elemento fundamental de exclusão, mas sim, mostrando que essa figura Renascentista tem elementos altamente simbólicos:

“Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele fique vagando indefinidamente entre os muros da cidade e ter certeza que ele irá para longe e torná-lo prisioneiro de sua própria partida. A água e a navegação tem realmente esse papel. Fechado o navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo”(*ibidem* pp.11-12).

A água acaba por ocupar um papel e uma significação ambígua: por um lado, possui um significado de purificação, mas também de envio ao não lugar, à absoluta e “oceânica” incerteza, a errância completa e total da loucura, isto é, de completa exclusão (Foucault, 1972, *apud* Nalli, 2001).

Essa forma de exclusão que a sociedade encontrou para “expurgar” de algum jeito os insanos de seu convívio trouxe outros problemas, principalmente, para as cidades que se mostraram hospitaleiras a esses passageiros “expatriados”. Muitos desses passageiros ficavam vagando pelas ruas, tendo que recorrerem à mendicância, criando um grande problema social para essas cidades. A solução para esse problema que a sociedade européia viu diante de si foi dar a esses loucos, o mesmo destino que era dado aos leprosos, ou seja, a exclusão em hospitais e prisões (Nalli, 2001).

Com o declínio do feudalismo, o Estado, buscando formas de organização, se deparou com uma população de indivíduos que não se adequavam à nova ordem social. A partir da Idade Média vão surgir instituições que vão receber toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos (Foucault, 1972).

Na época clássica, não se buscava curar a loucura - por que até então a loucura não era conhecida como doença - e sim tirar proveitos e benefícios daquilo que pudesse ser utilizado para “conter” a disseminação da loucura. Por isso, é importante ressaltar que o Hospital Geral não era um estabelecimento médico, era antes de tudo uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que ao lado dos poderes constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. Do mesmo modo que a Idade Média havia segregado os leprosos, o Classicismo inventa o internamento que passou a se constituir como o principal instrumento de “contenção” da loucura e tornando os hospitais lugares não de acolhimento, mas, lugares da morte e do esquecimento (Silva, 2001).

A palavra “cuidado” dificilmente é apropriada para descrever como os pacientes, naqueles primeiros hospitais (asilos) eram tratados. Na realidade os primeiros asilos eram mais prisões do que hospitais. Nada era feito para os internos, além de confiná-los sob

horríveis condições. Holmes (1997) escreve um pequeno relato de quão cruel e desumano eram tratados os internos nessas casas de asilamento:

(...) Eles eram muitas vezes acorrentados à parede, às vezes de um modo que os impedia de deitarem-se para dormir. Ou eles poderiam ser acorrentados a grandes bolas de ferro que tinham que arrastar para onde quer que se movessem. Além disso, grande número de pessoas extremamente perturbadas eram confinadas em alojamentos próximos, o que resultava em um espantoso caos e confusão (p. 27).

O tratamento que essas pessoas recebiam nesses asilos era considerado pior do que os recebidos nas prisões. Segundo Foucault, (1994): “o internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica, não põe em questão a relação da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (p.79). A ociosidade e a mendicância precisavam ser retirada das ruas. A sociedade estava mais preocupada, nessa época, em tentar estabelecer uma certa reestruturação do espaço social e por isso a loucura precisava ser reprimida, e o louco punido por sua terrível escolha. Sendo assim, aqueles que não seguiam o padrão “normal” de vida ditado pela sociedade burguesa estariam quase que “pedindo” para serem internados. Em uma palavra, o internamento é uma resposta de punição a desrazão (Nalli, 2001).

Em uma época em que a ociosidade era condenada e o trabalho moralmente obrigatório, os pobres e vagabundos eram colocados nas casas de internamento e obrigados a trabalhar. Havia uma percepção moral na qual o internamento tinha o objetivo ético de dar trabalho aos ociosos. Neste cenário a loucura é notada pela incapacidade para o trabalho e impossibilidade de integração ao grupo, como um mal caracterizado pela desrazão e pela violência. Os loucos são, portanto, percebidos pela sociedade como a parcela violenta e perigosa do contingente de indivíduos que são levados às casas de internamento, e por isso são ali confinados, acorrentados e tratados como animais (Fraize-Pereira, 1985).

A Era Moderna, período marcado pela Revolução Francesa, trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Com o advento da Revolução Industrial, a sociedade passa a ver o pobre como força de trabalho necessária, e já não mais se dispõe a manter os demais grupos que antes conviviam com os loucos no internamento, restituindo-os à liberdade. Toda aquela população de indivíduos excluídos passaram a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade. Nestas instituições fechadas sobraram apenas os loucos (Foucault, 1994).

Com o passar dos tempos, após a Revolução Francesa, ou seja, a partir da segunda metade do século XVIII, Phillippe Pinel teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes, separá-los dos criminosos e colocá-los em um lugar específico: o hospício. Segundo Foucault (1994): “Certamente ele fez ruir as ligações materiais (não todas entretanto) que reprimiam fisicamente os doentes.”(p. 82). Mas, libertar os loucos das correntes, não significava libertá-los do confinamento e promover um possível convívio social e uma supressão de técnicas punitivas de correção moral. Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento, pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco (*ibidem*). Se o manicômio foi criado como um novo espaço onde passa a habitar a loucura, não foi para libertá-la, mas para melhor isolá-la (Fernández, 2001).

A princípio, Pinel tentou introduzir o tratamento humanizado aos doentes mentais através de várias experiências e formas de tratamento nos hospitais La Bicêtre e Salpêtrière que visava reconduzir o espírito perturbado à razão. De acordo com as idéias de Pinel, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações e, modificando-se estas, se modificava todo o estado mental. Logo, o ambiente desempenhava um papel essencial no tratamento. O paciente era isolado numa instituição especial para ser afastado de suas percepções habituais e ser acompanhado. Na instituição, o doente era submetido a uma

disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica (Bercherie, 1989).

O chamado *tratamento moral* que esses pacientes recebiam tinham por objetivo submeter o indivíduo a um controle social e moral ininterruptos (Foucault, 1994). Esse método de tratamento consistia em ameaças e recompensas bem dosadas, demonstração de grande solicitude e de grande firmeza, sendo o doente também submetido a técnicas punitivas, como as duchas de água gelada não apenas para acalmar o paciente “excitado”, mas também quando este cometia um erro. Outra forma de severa punição utilizada nessa época era uma máquina rotatória onde fazia-se girar o doente para que seus espíritos, fixos numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais (*Ibidem*).

A cura, que esse modelo mecanicista buscava obter nos pacientes, significava de um modo reinculcar-lhes os sentimentos de dependência, humildade, culpa e reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar. Eles, os loucos, deveriam reconhecer a todo custo os valores morais e se adaptar a eles como forma de tratamento. Antes, os loucos eram apenas excluídos e segregados do convívio social. Entretanto com a forma de tratamento “humanizado” proposta por Pinel, o louco além de excluído, foi submetido forçosamente a tratamentos experimentais com o intuito de se adaptar a qualquer custo aos padrões de “normalidade” e fazer calar os seus delírios e suas perturbações. O louco não deveria ser compreendido, e sim apenas disciplinado para conviver em sociedade, ou se assim não fosse, estaria sujeito (e por sua culpa) a permanecer confinado nos muros dos manicômios (Foucault, 1994).

Pinel ao libertar os loucos de suas correntes e colocá-los em um lugar específico alia o poder da clausura ao saber médico, surgindo assim à psiquiatria. Quando os outros grupos que habitavam os hospitais gerais foram restituídos à liberdade, os loucos passaram a ocupar isoladamente o espaço de reclusão e assim se tornar objeto de estudo da psiquiatria. A

institucionalização da loucura como doença mental no fim do século XVIII fundou a psiquiatria como especialidade médica, cujo objetivo de trabalho era a “doença mental” na dimensão singular da vida dos sujeitos a partir da noção de normalidade e anormalidade que resultou no hospitalocentrismo e na exclusão social da pessoa considerada “doente mental” (Birman, 2003).

Formulou-se assim que a loucura era uma enfermidade devendo por isso ser separada do mundo, da marginalidade social e ser submetida a cuidados médicos. A loucura não seria mais vista como uma perda definitiva da razão, mas sim, uma modalidade de errância desta e por isso a psiquiatria, dentro dos cuidados asilares, passaram a estudar a loucura na tentativa de pretender transformar os loucos em seres ditos normais, veiculados pelas normas sociais vigentes (*idem*).

A psicose, no entanto, resistia à normalização e a disciplina, e os procedimentos asilares se mostraram ineficientes no tratamento de devolver a razão à esses sujeitos. Somente a partir de Freud é que a experiência delirante da loucura passou a ser estudada como uma forma de subjetivação que o sujeito delirante encontra de lidar com a realidade. Nesse sentido o avanço de Freud em relação a Pinel foi de indicar que a cura não está na correção da loucura pela razão ou pela realidade, mas na própria construção delirante. Se para Pinel o delírio era o negativo do sujeito, para Freud o sujeito deve ser buscado justamente ali em sua loucura (Tenório, 2001).

Com o advento da Guerra de 1914 – 1918 as técnicas terapêuticas tais com a lobotomia, o eletrochoque invadem o asilo, que passa a ter uma estrutura mais hospitalar que asilar o que vai fazer com que em 1937 o asilo receba na França o nome de hospital psiquiátrico. A psiquiatria encaminhou-se no início do século XX para a biologia e a bioquímica. Com a Segunda Guerra Mundial radicaliza-se a crítica do sistema asilar

ensaiando-se novas práticas psiquiátricas. Surgem na França a psiquiatria de Setor e a psicoterapia institucional, ligada à Psicanálise (Silva, 2001).

Paralelamente, na Inglaterra, dado o elevado número de neuroses de guerra e perturbações afins, passam-se a trabalhar os métodos sócios terapêuticos, sendo criadas em 1942 as primeiras comunidades terapêuticas que posteriormente inspiraram a Antipsiquiatria, movimento liderado por Ronald Laing e David Cooper. Em 1961, na Itália, Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, iniciando o movimento de desinstitucionalização que preconiza a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços na comunidade (*idem*).

Capítulo 2. A história da psiquiatria brasileira e a luta antimanicomial no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica que ocorreu nos países ocidentais após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 45), vigorou no Brasil a partir da década de 90. Este movimento solidificou-se com a Conferência Regional de Caracas para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, convocada pela Organização Mundial da Saúde/ OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde/ OPAS, onde foram analisados seus antecedentes políticos, históricos e técnicos. Durante esta conferência, foram abordados os princípios jurídicos em que se deve basear a formulação de políticas e programas para o atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, propondo reformulações para o atendimento (Ministério da Saúde, 2005).

Neste capítulo estaremos descrevendo o histórico das primeiras instituições psiquiátricas brasileiras, e como estas instituições trabalharam nas práticas de controle das pessoas em sofrimento mental. Pretendemos também mostrar os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas lutas e conquistas e a Luta Antimanicomial no Brasil, por uma sociedade sem manicômios.

2.1 As primeiras instituições psiquiátricas brasileiras.

No início do século XIX, o Brasil passava por um período marcado por uma significativa crise social e econômica e um grave quadro de miséria e violência social. O Estado inicia um processo de reorganização social no qual a medicina tem participação importante. A sociedade de medicina do Rio de Janeiro, formada por médicos engajados na luta da medicina social, reivindicavam medidas de higiene pública, entre elas a criação de

locais específicos para o tratamento dos loucos. Formou-se em 1830, uma comissão para analisar a situação do doente mental na cidade do Rio de Janeiro (Amarante, 1994).

O Brasil se deparou com o mesmo “problema” em que se encontrava a sociedade européia no século VII. Os loucos estavam nas ruas e nas instituições de abrigo, e da mesma maneira que ocorreu na Europa, eles precisavam ser retirados do convívio social e colocados em lugares afastados do espaço urbano, para saírem da condição de abrigados e serem internados. A internação e a alienação, como não podia ser diferente naquela época, passaram a ser vista também na sociedade brasileira como a melhor alternativa para o louco.

Seguindo o exemplo da sociedade européia, no ano de 1841 é oficialmente criado o hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, que ficou ligado às casas de misericórdia. Porém esta instituição foi duramente criticada e acusada de ser um espaço apenas filantrópico, de acolhimento, que não oferecia aos doentes nenhum tipo de acompanhamento médico. Houve então uma luta para transformar esses espaços religiosos em espaços médicos. Criticava-se ainda o fato de que nestes espaços a psiquiatria não estava no poder, uma vez que essas casas eram espaços de acolhimento. A idéia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos loucos, que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de retirá-los do espaço urbano (Jorge, 1997).

Em 1890 o hospício de Pedro II é desligado das casas de misericórdia e passa a ser subordinado à administração pública com o nome de Hospício Nacional dos Alienados e ainda foram criadas as colônias de alienados (*idem*).

A idéia dessas colônias era a aplicação de tratamento moral, que tinha como principal proposta um conjunto de medidas que submeteriam o alienado ao jugo da ordem e da norma, através do trabalho. A idéia era levar os alienados para os hospitais-colônias, onde pudessem trabalhar, principalmente na lavoura, pois acreditava-se que o trabalho os recuperaria

(Amarante, 2006). Com essa concepção, foram criadas, em 1890, meses após a proclamação de República, as primeiras colônias de alienados no Brasil, na Ilha do Governador, no estado do Rio de Janeiro. Considerando a extensão do Brasil, houve uma proliferação de macrocolônias de alienados por todos os cantos do território nacional. Quase todas foram criadas pelos psiquiatras Juliano Moreira e Adauto Botelho, diretores nacionais de assistência psiquiátrica entre 1910 a 1930 e 1930 a 1940 respectivamente. Em quase todos os estados existem ou existiam manicômios com o nome de um ou de outro, quando não de ambos. A colônia de Juqueri, em São Paulo, foi a maior de todas, chegando a abrigar 16 mil internos (*ibidem*).

É a partir de 1930, com o uso de eletrochoque e lobotomia, para acalmar os doentes mais agressivos, que a idéia de que haveria cura para as doenças mentais ganha mais força. Em 1950 surgem as primeiras medicações antipsicóticas, mas o modelo assistencial continua sendo asilar (Lobosque, 2001).

No início dos anos 40 havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Depois do golpe militar de 64 o setor da saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada a baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”. A “indústria da loucura”, como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começaram a diminuir (Amarante, 2006).

2.2 O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Nos últimos anos da década de 70 forma-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do

movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2005). Esse movimento passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. No seu início, o MSTM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica. É sobretudo este movimento que passa a protagonizar e construir a partir deste período a denúncia da violência dos 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 (*ibidem*).

O ano de 1978 foi uma época importante também pela chegada ao Brasil de Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste. Ele foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental, e cuidar delas. Basaglia ao assumir a direção do manicômio de Gorizia, inicia algumas mudanças, partindo do modelo de comunidade terapêutica, com o objetivo de fazer do hospital uma comunidade humana e democrática. Com esse trabalho, Basaglia percebe que dentro do manicômio havia uma atmosfera de indiferença e apatia e que os pacientes não tinham autonomia nesses locais, e que o papel que ali assumiam era de meros objetos de intervenção clínica, submetidos a um modelo de exclusão. O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado estava expresso não apenas pelos novos serviços que substituíam o manicômio, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural que incluíam: cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas, residências assistidas, entre outros. (Amarante, 2006). A experiência de Basaglia serviu de inspiração para a lei 180, aprovada na Itália em 13 de maio

de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência.

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos, como por exemplo, do Ministério da Saúde, antes não valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informação de Saúde, do Ministério da Saúde, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6% (Gonçalves, 2001).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sobre o poder de controle, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. No ano seguinte, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) que propõe a regulamentação de direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O ano de 1989, e o Projeto de Lei Paulo Delgado, marcam o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (Ministério da Saúde, 2001).

Muito se avançou nas décadas de 80 e 90, no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida dentro das instituições psiquiátricas, graças aos movimentos de defesas dos direitos humanos dos loucos, que passaram a denunciar essas instituições. (Costa, 2003).

2.2.1 – Lei 10.216 – Lei Paulo Delgado

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de lei do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O Projeto de Lei 3.657/89, que viria a ser conhecido como Lei da reforma psiquiátrica, depois de aprovado na Câmara dos Deputados em 1991, tramitou no Senado e só em Janeiro de 1999, foi aprovado um projeto substitutivo (Tenório, 2001). É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país.

A lei 10.216², sancionada em 6 de abril de 2001, regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial. Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso - e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família e com a comunidade. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: a equipe multidisciplinar, a sociedade e a família, que passam a ser peças fundamentais (Tenório, 2001).

² Em anexo.

Um dos grandes méritos da Lei é a explícita definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais:

- Proíbe a internação em instituições com características asilares (hospícios e manicômios, por exemplo);
- Determina a necessidade de autorização médica para internação;
- Exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente;
- Diagnóstico e terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal.

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Ministério da Saúde, 2005).

Neste mesmo ano 2001, foi realizada em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esse importante evento foi realizado logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional é realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. As etapas municipal e estadual envolveram cerca de 23.000 pessoas, e o mais importante, com a presença ativa de usuários de serviços de saúde e de seus familiares, e a etapa nacional conta com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde. (*idem*).

2.3 - Luta antimanicomial

A luta antimanicomial implica necessariamente a politização da clínica, isto é, retirar a clínica da saúde mental de sua tradicional função de controle social, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas (Lobosque, 2001). A experiência da loucura é

singular para cada pessoa, e por isso as instituições psiquiátricas falharam e ainda estão falhando no trato com o sujeito. A disciplina imposta pela psiquiatria é justamente tentar fazer desaparecer essa singularidade da experiência da loucura em cada sujeito, utilizando-se de seus métodos de vigiar, treinar, medicar e eventualmente punir (Costa, 2003).

Segundo Tenório 2001: “o movimento da luta antimanicomial, trata-se de convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura” (p.32). A participação dos usuários e seus familiares nas discussões, encontros e conferências passou a ser uma característica marcante no processo e finalmente a própria questão das estruturas de cuidado ganhou outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica, de suas bases (*ibidem*).

O principal projeto antimanicomial é a substituição do hospital psiquiátrico por um modelo assistencial radicalmente oposto. Assim, propondo a extinção do hospital psiquiátrico, os militantes em saúde mental foram levados ao desafio de construir um modelo que o substituísse sem reproduzi-lo (Lobosque, 1997). Não basta, para o usuário em saúde mental, transformações que visem apenas mudanças arquitetônicas nas instituições psiquiátricas, e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, apenas para mostrar que a lei está sendo cumprida, como relata Lobosque (1997):

Certamente, o hospital psiquiátrico não é o único instrumento e não é a única versão do dito modelo manicomial. Por exemplo, houve uma diminuição de leitos psiquiátricos no Brasil nos últimos anos, sem que tenha ocorrido em número significativo a implantação de serviços substitutivos, sendo assim, uma ‘sociedade sem manicômios’ entendida simplesmente como ‘sem hospitais psiquiátricos’, poderia ainda assim permanecer fortemente manicomial (p.26).

Um serviço, para ser verdadeiramente substitutivo ao manicômio, tem que ser capaz de lidar com a loucura em suas mais diversas formas sem querer disciplinar essa experiência. Ao serviço substitutivo cabe como papel primordial, não normatizar a loucura, mas permitir uma interlocução desta com a cidade, possibilitando ao louco, vivenciar seu delírio, a sua alucinação, intervindo quando essa experiência se mostrar muito dolorosa para ele mas, principalmente impedindo que ele seja excluído pela cidade, pela sociedade que ainda manifesta o seu preconceito diante da diferença que a loucura coloca (Costa, 2003).

Neste novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços tem à sua disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Adquirem também o status de agentes no próprio tratamento, e conquistam o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros. O modelo de tratamento previsto pela Reforma Psiquiátrica pretende “cuidar” do portador de transtornos mentais sem ocupar somente daquilo que pode ser considerado uma “doença”. Deste modo, tem o objetivo de atender as pessoas que necessitam de cuidados psíquicos em sua individualidade e em sua relação com o meio social (Saraceno, 1999).

Mesmo com todas as conquistas do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, alguns hospitais psiquiátricos são ainda instituições com práticas orientadas para o controle das pessoas, similares às práticas do século XIX, onde há poucas opções terapêuticas que ofereçam possibilidades de reabilitação psicossocial e inclusão destas pessoas consideradas loucas à sociedade (Telles, 2002). Neste sentido, precisamos entender que a luta não terminou, temos muitos passos a dar para mudar a realidade dessas instituições que insistem em destruir os sonhos de todos os militantes em saúde mental, que é de *uma sociedade sem manicômios*.

Capítulo 3 - Os hospitais psiquiátricos: um modelo de assistência ainda predominante em saúde mental.

Os hospitais psiquiátricos têm sido frequentemente vistos como espaços ineficazes e são apontados como um dos principais responsáveis pela cronificação dos doentes mentais. Se a assistência se orienta por uma atenção prioritária aos sintomas, suas ações e preocupações terapêuticas terão o alcance muito limitado, de apenas retirar os pacientes das crises mais agudas, e monitorar seus períodos de estabilização. Essas ações, pouco ou nada alcançam no sentido de mudar as condições, inclusive subjetivas do paciente de enfrentar sua doença ou de prosseguir sua vida. Com isso esse paciente passará por diversas idas e vindas ao hospital em sucessivas tentativas de reequilibrar-se psicologicamente (Tenório, 2001).

Vários estudos nas últimas décadas vêm apontando para a necessidade de avanço nas práticas em saúde mental, devido ao reconhecimento da falência do modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos, da pouca eficácia dessas internações e dos efeitos cronificadores sobre os internados. A existência de hospitais psiquiátricos e o tipo de convivência estabelecida entre o hospital e a comunidade, ao longo do tempo podem estar associados a um processo de “medicalização” e refletir-se num aumento da demanda psiquiátrica, verificada através de maior frequência de internações e de consultas ambulatoriais, pois estaria criando um “hábito” dentro das comunidades de ver o hospital psiquiátrico como referência em tratamento para usuários em saúde mental. Esse processo de “psiquiatrização” pode ocorrer pela facilidade de acesso da população aos leitos psiquiátricos e pela facilidade na obtenção de psicofármacos (Lancman, 1997).

Neste capítulo estaremos descrevendo algumas características do Hospital São Vicente de Paula e algumas reflexões a atuação como estagiárias de psicologia nas unidades de

internação e oficinas terapêuticas desta instituição. Trata-se também de permitir que a experiência prática de estágio articule-se com a teoria.

3. 1 – O Hospital São Vicente de Paula – DF.

O Hospital São Vicente de Paula tem ocupado um lugar de referência no atendimento em saúde mental sendo responsável por mais de 80% da demanda do DF e do entorno. Atende em média quatro mil pacientes por mês no ambulatório e possui 128 leitos para internação, além de oferecer diversas atividades em oficinas terapêuticas³.

Outro fator significativo quanto à organização e funcionamento dos serviços internos do HSVP é que apesar de possuir dentro da unidade hospitalar: as oficinas terapêuticas, o ambulatório, a emergência psiquiátrica e a internação, estas unidades não estão articuladas entre si, e com os demais serviços assistenciais como o Programa Vida em Casa. A organização das práticas de saúde mental para os serviços das oficinas terapêuticas não se caracteriza como substitutivo de superação e transformação do modelo clínico-biológico, uma vez que não tem conseguido prescindir do hospital psiquiátrico.

Esta instituição hospitalar, Segundo Lima & Silva (2004)⁴, desde sua criação em 1976, realiza suas atividades de forma concentrada no hospital, com características do modelo asilar de atenção, tendo como vocação o atendimento em emergência, centrado na relação doença-cura, problema-solução, predominando na configuração das práticas de saúde mental instituídas na concepção do modelo clínico-biológico, essencialmente individual-curativa, e centrada na tríade emergência-ambulatório-internação, utilizando como recurso principal a medicação.

³ Dados referente ao ano de 2006, disponível em: <http://www.saude.df.gov.br> acesso em 05/04/2007.

⁴ A autora Maria da Glória Lima, realizou no Hospital São Vicente de Paula uma pesquisa de coleta de dados através de entrevistas com profissionais, técnicos de saúde, usuários e familiares, no período de maio de 2000 a julho de 2001. Através desse estudo, fundamentou sua tese de doutorado intitulada: Avanços e recuos da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: Um estudo do Hospital São Vicente de Paula.

A formação do vínculo com a instituição é unilateral segundo concepções e necessidades próprias identificadas nas falas da equipe de saúde e da clientela, uma vez que não está havendo uma responsabilização no sentido de dar continuidade às necessidades de atendimento em sofrimento psíquico. A instituição cria obstáculos na formação de vínculos em várias ocasiões ao imprimir ações que reforçam a descontinuidade da assistência, como por exemplo, uma distribuição de funcionários em papéis bem definidos, com atividades previamente determinadas. Estas atividades configuram um conjunto de procedimentos que se destinam a conter a demanda dentro dos limites desejados, num esquema de controle de atendimento que limita o acesso institucional mediante horários e cotas, filas para consulta, prática de agendamento prévio, critérios de admissão nos serviços e consulta para controle e acesso aos medicamentos (Lima & Silva, 2004).

3.2 – O convívio com usuários e equipe do HSVP através do estágio em saúde mental.

O estágio supervisionado de saúde mental realizado pelo Cenfor, em parceria com o convênio firmado pela Secretaria de Saúde do DF com o UniCEUB, possibilita a oportunidade de estudantes de Psicologia entrar em contato com a experiência prática de convívio com usuários em Saúde Mental, na principal instituição psiquiátrica do Distrito Federal: o Hospital São Vicente de Paula. Através da elaboração de um projeto de atuação, torna-se possível elaborar atividades que permitam que os estudantes possam entrar em contato com o sofrimento psíquico dos sujeitos, e elaborar condutas antimanicômias que visam uma atenção psicossocial a esses usuários. Estas atividades psicossociais propostas pelos estagiários são realizadas em dois ambientes distintos na mesma instituição: na oficina terapêutica e na ala de internação. Estes dois locais de tratamento buscam formas diferentes de cuidados com os pacientes. A oficina terapêutica se propõe realizar um trabalho

psicossocial, oferecendo espaços de produção onde os usuários têm um lugar aberto que lhes oferecem várias atividades manuais como: tapeçarias, oficinas de bijuterias, serigrafia, costura e etc. Neste espaço os usuários contam com uma equipe formada pela terapeuta ocupacional, técnicas em enfermagem, nutricionista, psicólogo e um médico psiquiatra. Na ala de internação, as intervenções médicas são feitas em caráter de emergência, em que os pacientes são internados em período de crise para que sejam tratados medicamentosamente num ambiente fechado, permanecendo internados até que haja uma estabilização dos sintomas psicóticos. A equipe profissional da internação é formada por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos em enfermagem e um psicólogo. A internação também conta com a equipe de terapia ocupacional, que realiza atividades para os pacientes internados como: o dia de auto cuidados, as festas de aniversariantes do mês, passeios, filmes e atividades manuais como música, colagem e pintura. Apesar da terapia ocupacional oferecer tais atividades sociais, a percepção e os sentimentos relatados pelos pacientes sobre a internação é de confinamento e falta de atenção por parte da equipe profissional do hospital.

3.2.1- A internação.

Os estudos sobre o sujeito psicótico e a sua maneira de lidar com a realidade foram relevantes para elaborarmos o projeto de atividades de estágio supervisionado na internação o qual tinha como principal objetivo, levar atividades manuais, como colagem, pintura, modelagem, que pudesse servir de instrumentos de intervenção, com o objetivo de proporcionar a esses sujeitos, a elaboração do seu delírio, facilitando o diálogo entre esses pacientes e a dupla de estagiárias, oferecendo a eles uma escuta diferenciada que visava o acolhimento dessa crise, visto que na internação devido à rotatividade de pacientes, não foi possível elaborar um plano terapêutico continuado para esses clientes.

Ao iniciarmos o estágio em saúde mental, entramos em contato com uma instituição hospitalar que ainda não se adequou aos modelos antimanicomiais. Esta instituição segue um modelo de atendimento hospitalocêntrico e sintomatológico. No que se refere a esse tipo de instituição Tenório (2001), enfatiza que:

(...) nesse modelo a fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar do médico servem apenas ao reconhecimento dos sintomas que inventariados, determinarão uma conduta estabelecida a priori por sua adequação ao sintoma e não à particularidade de como esse sintoma se articula naquele caso e para aquele sujeito. O tratamento psiquiátrico, inclusive fora das crises, seja em internação, seja ambulatorial, resume-se ao monitoramento dos sintomas e ao ajuste da medicação (p. 57).

Na ala de internação do HSVP, os usuários dispõem apenas de um pequeno espaço de área verde para poderem circular e terem algum contato com o “mundo” exterior ao hospital, olhando através de grades que cercam a ala de internação. A maioria dos usuários com quem tivemos contato relataram que no hospital o sentimento deles era de que estavam numa prisão, num asilo, num lugar onde ninguém queria ouvi-los.

É certo que um de seus maiores sofrimentos é não conseguir se fazer ouvir. A impressão que tivemos foi de que tinham calado seus gritos, e por isso seus conteúdos se transformaram em formas de expressões reais, de um mundo interno individual e solitário, no qual apenas ele fazia parte. O fato de não serem ouvidos, ou quando ouvidos, serem ridicularizados ou mal interpretados, se torna tão desprezível para eles, que muitos se calam para sempre, outros se irritam a ponto de explodir e dar voz ao seu grito, mesmo que seja de uma forma não muito apropriada no mundo externo.

Vimos nessa experiência, por meio do trabalho realizado com os usuários que os conteúdos que eram trazidos nos seus relatos, embora desorganizados, estão sempre

relacionados a sua história de vida. Segundo Dalgalarro (2000), “o conteúdo trazido pelos pacientes é geralmente, mais pessoal, dependendo da história de vida do paciente, de seu universo cultural e personalidade prévia ao adoecimento” (p. 23). Esse conteúdo mesmo que desorganizado e sem sentido precisa ser ouvido para que o usuário seja acolhido na sua crise, pois, o que vai marcar a especificidade do delírio, não é se ele é real ou não, mas a força daquele delírio para aquele sujeito. Através dessa relação entre o usuário e a dupla de estagiárias, esse sujeito em sofrimento psíquico teve a oportunidade de encontrar formas de expressar sua subjetividade, mesmo que fragmentada, com ajuda de atividades terapêuticas que favoreceram esse processo de acolher e se sentir acolhido.

No trabalho na internação percebemos que a forma de se comunicar com os pacientes não era apenas a fala, aprendemos que há outras tantas maneiras do sujeito aparecer, independente da expressão oral, como por exemplo: no desenho, na modelagem, na pintura e até mesmo em um simples ato de folhear revistas. Estas são maneiras que um psicólogo atento pode ouvir de forma terapêutica, conflitos internos do sujeito.

Mais do que oferecer um acolhimento e uma escuta diferenciada, o tratamento dos portadores de transtorno mental deve constituir um projeto individualizado, capaz de ofertar aos pacientes, possibilidades de gerenciar suas vidas e conquistar cada vez mais autonomia e aumentando-lhes sua capacidade de escolha (Golberg, 2001).

Sabemos que não é de um dia para o outro que conseguimos trabalhar a independência e autonomia de um sujeito, seja ele usuário em saúde mental ou não. Segundo Kinoshita (2001):

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependente somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão

quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/ coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependente de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (p. 57).

Sendo assim, o que seria reabilitar socialmente o paciente e reconstruir seus valores para aumentar o poder do próprio sujeito de se tornar um agente ativo na reconstrução e resgate da sua subjetividade? Segundo Kinoshita (2001): “Seria criar as condições de possibilidade para que este sujeito possa de alguma maneira participar do processo de trocas sociais a fim de produzir dispositivos em que desde de uma situação de desvalorização quase absoluta da sua subjetividade, possa se passar por experimentações e mediações que busquem modificar esse desvalor subjetivo para um pressuposto de valor possível” (p.56).

Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do “poder” do usuário em ampliar sua autonomia como sujeito. Isso pode ser alcançado com a elaboração de projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (Kinoshita, 2001).

O hospital psiquiátrico não é visto como um lugar onde possa ser trabalhada a inserção social do usuário. O paciente quando é internado numa instituição fechada, ele é retirado do seu meio social e recebe o estigma de *doente mental*, simultaneamente com toda a negatividade que esse “rótulo” produz. O paciente psiquiátrico passa a ter a positividade apenas na sua dimensão de doente, de suporte da doença. Em suma, anula-se qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social (*idem*).

Sem dúvida é fundamental que a reabilitação psicossocial se inicie pela desconstrução do dispositivo que produz e mantém essa desvalorização do sujeito: o dispositivo manicomial.

Os manicômios têm a capacidade de transformar qualquer manifestação de vivência subjetiva por parte do paciente em negatividade pura do sintoma. É por isso que é um lugar de troca zero (*idem*).

Outro fator relevante que observamos acontecer na internação é que nem sempre a família desses pacientes estão prontas para acolher o paciente psiquiátrico na sua alta de hospitalização. Nos perguntamos várias vezes porque esses pacientes recebem alta e após algumas semanas ou até mesmo alguns dias, eles retornam ao hospital para serem novamente internados. Quando tivemos a oportunidade de perguntar a alguns desses pacientes, o que tinha acontecido para que eles tivessem sido internados, a maioria relatava que haviam brigado em casa e por isso ficaram “nervosos” e os seus parentes levaram-no para internar. Uma paciente relatou que após ter voltado para casa, três dias depois teve uma briga com sua filha porque ela não quis lhe dar um cigarro e por causa dessa briga, foi novamente internada.

Os profissionais que lidam com saúde mental têm que levar esse fator em consideração que é o drama de pessoas que precisam retornar as suas casas mesmo quando essa alternativa é inviável ou não é a melhor. Se não houver um clima de acolhimento e os familiares não demonstrarem disponibilidade, não ocorrerá uma interação saudável. Nesse caso, segundo Tenório (2001), “há um aspecto importante, no sentido em que, quando um membro da família enlouquece, isso perturba seriamente o grupo familiar, e com certeza a família precisa de apoio e auxílio para lidar com essa perturbação” (p.41).

A simples transferência de responsabilidade para a família constitui um problema que necessita de análise e reflexão por parte da equipe de saúde. É importante lembrar que as famílias de portadores de transtorno mental estão expostas a uma sobrecarga emocional e, mesmo com a Reforma, são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que essas famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento dos problemas que toda essa questão do adoecimento mental traz para o

familiar e com isso, essa carência acaba incentivando, conseqüentemente, as sucessivas hospitalizações (Melmam, 2003).

Os serviços de saúde mental deveriam prestar assistência efetiva a esses familiares, uma vez que os cuidadores e responsáveis desses pacientes também precisam de apoio psicológico, para terem a oportunidade de expressarem suas angústias e sofrimentos e através do trabalho em família, procurar meios para que essas famílias tenham suporte para oferecer um melhor acolhimento para esses usuários, não transferindo para o hospital a obrigação de cuidar de seus parentes.

A reabilitação psicossocial é uma exigência ética, isto quer dizer que depois de anos tratando a questão da loucura através do circuito “crise-contenção-internação”, produzindo exclusão e cronificação e consolidando uma ruptura dos laços familiares, sociais e de trabalho, faz-se necessário um movimento de superação deste paradigma asilar. Essa ruptura aborda prioritariamente, a questão do tratamento, visando à viabilização de uma estratégia de inclusão social (Saraceno, 1999).

3.2.2- As oficinas terapêuticas.

As oficinas podem ser encaradas como espaços terapêuticos a partir do momento em que possibilitem aos sujeitos que nela participam um lugar de fala, expressão e acolhimento. Com base nesta visão elaboramos um projeto de atividades semelhante ao elaborado na internação, com atividades manuais (colagem, pintura e modelagem), mas levando em consideração que neste ambiente poderíamos acompanhar semanalmente os usuários e com isso formamos vínculos que facilitaram essa relação dialógica e a expressão de suas subjetividades.

O trabalho nas oficinas terapêuticas visa em primeiro lugar à interação entre os usuários e a equipe terapêutica. Para além das produções manuais e mecânicas, o que deve ser

produzido nesses espaços são processos de subjetivação, deslocando o sujeito de uma posição de incapacitado para uma posição de sujeito participante do seu processo de reinserção social. Muitos autores têm citado a importância do trabalho artístico nas oficinas como formas de expressar sua subjetividade, porém Saraceno (2001) nos alerta para o seguinte fato:

O processo de reabilitação seria, então um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Pense nisso na hora de atender seus pacientes que fazem parte do programa de reabilitação. Por que um esquizofrênico teria que além de ser esquizofrênico, ser um esquizofrênico ator, pintor, tocador e artista plástico. Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que façam cidadania (p. 16).

Através das atividades realizadas nas oficinas terapêuticas, se constrói um pedaço que é apenas um fragmento do exercício da cidadania, o que não quer dizer que uma etapa da reabilitação psicossocial não passe pela serigrafia, pelo teatro ou pela pintura, desde que entendamos que essa etapa passa *por*, mas não termina *em* (Saraceno, 2001).

O fato de existirem atividades ocupacionais não caracteriza em si que as oficinas terapêuticas do HSVP estão caminhando no sentido da reforma. Essas atividades, segundo Silva & Lima (2004): “se não são utilizadas com objetivos de possibilitar uma expressão de subjetividades na formação de identidades e de cidadania, reduzem-se a atividades ocupacionais, rotineira e burocráticas sem finalidade terapêutica” (p. 593).

As atividades que faziam parte do projeto de estágio nas oficinas terapêuticas do HSVP tiveram como principal objetivo incentivar os usuários a estarem resgatando sua história de vida, propiciando a oportunidade de poderem expressar suas angústias e seu sofrimento psíquico, para que assim se tornasse possível colocar em prática, atividades e

técnicas terapêuticas no trabalho com esses usuários em saúde mental, incentivando-os através do material produzido por eles, a refletir sobre seus sentimentos e angústias para que esses conteúdos pudessem ser acolhidos e trabalhados, visando promover uma possível elaboração da subjetividade.

A todo trabalho produzido por eles, seja desenho, modelagem ou colagem, tínhamos o cuidado de não ficarmos “presas”, interpretando o que eles tinham produzido, e sim, pedíamos para que eles falassem sobre o porquê daquele material e através da fala deles, é que íamos fazendo uma análise reflexiva do conteúdo subjetivo que eles traziam, levando-os a refletir de maneira que eles próprios pudessem ver qual o sentido dos seus sintomas, relacionando com a sua história de vida. Ao freqüentarem as atividades terapêuticas e estarem em contato com mediadoras (estagiárias) que lhes ofereciam uma escuta diferenciada, esses sujeitos puderam encontrar nas oficinas terapêuticas um espaço onde eles podiam estar expressando seus sentimentos e seus problemas e pudessem ser ouvidos.

Descobrimos através dessas atividades que propomos instrumentos de subjetivação, onde através da produção os usuários conseguiam expressar conteúdos subjetivos, que numa conversa apenas dialógica, eles tinham dificuldade de expressar. As atividades manuais que propomos com objetivos terapêuticos, foram nos dando meios para entrarmos na subjetividade deles, nos colocando como facilitadoras de processos que eles próprios iam trabalhando.

Durante o estágio, foi possível observar através do convívio com os usuários das oficinas que o interesse maior de participação nas atividades que a oficina oferece ocorre pela ociosidade no ambiente familiar e pela precariedade de contatos sociais, por isso esses sujeitos buscam nas oficinas uma atividade que possa lhes ajudar a passar o tempo, transferindo para o espaço hospitalar a única possibilidade de convívio social. Silva & Lima (2004) chama-nos a atenção para o fato de que se essa relação entre o usuário estar na oficina

apenas para produzir for reforçado pela instituição, estabelece-se outra forma de institucionalização por não se trabalhar a capacidade de auto-gestão e sociabilidade do paciente, uma vez que as atividades, na perspectiva apenas do entreter para passar o tempo, podem não resultar em uma atitude terapêutica, uma vez que elas não foram planejadas, coordenadas e avaliadas com propósitos terapêuticos que possibilitem a construção da cidadania do usuário.

A oficina terapêutica se mostrou, não apenas um espaço de produção, mas sim um espaço terapêutico muito rico para o psicólogo trabalhar e desenvolver um “olhar diferenciado” sobre o processo de adoecimento psíquico de cada sujeito, podendo este, adaptar técnicas psicoterápicas para esse tipo de ambiente, promovendo processos de subjetivação e sentido para esses usuários.

A reabilitação social do doente mental engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira (Saraceno, 2001). Isso somente se tornará possível, com a implantação de serviços substitutivos eficazes, e com o total envolvimento da equipe de saúde mental para que estes serviços cumpram o seu papel perante o usuário e a sociedade.

O grande desafio na saúde mental em Brasília é a implementação da Reforma Psiquiátrica proposta pelo Ministério da Saúde, que tem como principal objetivo descentralizar o hospital psiquiátrico com referência no tratamento em saúde mental, e investir nos serviços substitutivos, como os CAPS e as residências terapêuticas, tornando os tratamentos mais humanizados e acessíveis, diminuindo assim o preconceito e a exclusão.

Capítulo 4 - A reabilitação psicossocial no atendimento à família e na inclusão do usuário no trabalho.

Entendemos que a reabilitação psicossocial no trabalho é um processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no sentido de criar alternativas que venham transformar a forma de atenção e de cuidado destinada ao portador de sofrimento psíquico e que visem a devolução de identidade e cidadania. As portas abertas de um CAPS são sinônimas de liberdade, de autonomia e de participação comunitária (Babinski & Hirdes, 2004).

Os CAPS representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, esses serviços funcionam com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência e principalmente tornar possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensável para o estabelecimento de novas possibilidades de produção de sentido de vida. Com a ampliação dos serviços substitutivos está ocorrendo a ampliação da equipe de saúde mental e a sua conseqüente revisão de papéis, além da inclusão da família e da comunidade na promoção da reabilitação psicossocial do portador de transtorno psíquico (*idem*).

A reintegração social do indivíduo depende de um lugar de referência que ele possa procurar quando sentir necessidade ou vontade, lugares onde ele possa formar vínculo como os CAPS, os Centros de Convivências, as Cooperativas Sociais de Trabalho, e os diversos serviços substitutivos em Saúde Mental. A reinserção social engloba também suportes materiais como moradia, alimentação, família e trabalho (Marzano & Sousa, 2004).

Neste capítulo estaremos descrevendo a importância dos CAPS estarem inserindo os familiares no atendimento dos usuários no processo de reabilitação psicossocial e também estaremos mostrando a importância das iniciativas governamentais e não-governamentais da

inserção de usuários em saúde mental no contexto de trabalho por meio do Trabalho Protegido, das Cooperativas Sociais e da Economia Solidária.

4.1- Atendimento aos familiares.

Ao pensar a substituição do antigo modelo asilar pelos espaços abertos dos CAPS, passou-se a enfatizar a participação da família e da comunidade na custódia e responsabilidades de cuidados com o usuário, os quais eram antes desempenhados pelos serviços de saúde. Observamos no HSVP que o atendimento que era prestado aos familiares dos pacientes, mesmo nas oficinas terapêuticas ainda estava na concepção do modelo clínico, submetendo-se a normas e rotinas. Esses familiares eram convidados a comparecerem em um determinado dia da semana, no horário específico, onde eles recebiam orientações sobre as prescrições médicas e a continuidade do tratamento, ou seja, devolvendo a esse familiar à responsabilidade pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. Esses familiares também eram convidados a participar em momentos de festas, bazares e outros eventos em datas festivas. A participação do familiar era sempre passiva, não oferecendo suporte que pudesse propiciar uma melhor qualidade de vida e socialização entre o usuário, o familiar e a instituição.

Os proponentes de serviços de saúde mental comunitária tem alertado para a expansão dos serviços à família como uma prioridade essencial. O envolvimento familiar é essencial no processo de reabilitação, pelo prolongamento e continuidade que este processo significa, isto é, a reabilitação deve acontecer dentro e fora dos serviços. Para que isso ocorra, os serviços de saúde mental precisam dar suporte a essa família, fazendo a ponte entre o meio social e o serviço, subsidiando as intervenções num ambiente de afetividade e credibilidade. Assim, a família torna-se também protagonista nesta busca de caminhos interrompidos pela doença e passa a construir junto com o seu ente, novas perspectivas de vida (Babinski & Hirdes, 2004).

Ao delegarmos o cuidado de um doente mental à família, é importante que a mesma possua “continência” emocional, e seja orientada quanto a melhor forma de lidar com familiar, e que ela tenha, a seu dispor, serviços de atenção psicossocial com aparatos necessários para o cuidado do seu familiar. Quando a família não dispõe desses recursos, o doente mental torna-se alvo de sucessivas internações que culminam com a cronificação da doença. Os profissionais devem buscar acolher e apoiar as famílias na superação das dificuldades enfrentadas, mostrando-lhes a importância do seu papel na facilitação da inserção social do seu familiar em tratamento (Jorge, 2006).

Melman (2002) enfatiza que a formação de grupos terapêuticos de familiares pode funcionar muito bem como um espaço de acolhimento para a experiência de vida de cada um de seus participantes.

Durão, Sousa & Miasso (2002) realizaram entrevistas com usuários e familiares que participavam de reuniões de grupos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Riberão Preto. De acordo com o relato dos usuários e de seus familiares, os autores observaram que tanto os pacientes como os familiares expressaram satisfação com o tratamento em grupo oferecido. O grupo foi visto pelos pacientes e familiares como a oportunidade para conversar sobre a doença e problemas do cotidiano, receber e compartilhar com os outros membros do grupo sugestões, conselhos e orientações sobre seus problemas. Pacientes e familiares valorizaram nesta experiência a oportunidade de conversar com outros, tendo em vista que previamente apresentavam grande dificuldade em fazê-lo. Eles experimentam um sentimento de pertencimento, acolhimento, amizade e conforto no grupo. Sentem-se aceitos e entendidos pelos outros membros do grupo (*ibidem*).

No grupo, pacientes e familiares reconhecem que não são os únicos a terem problemas. Percebem que não estão sozinhos com seus sentimentos e problemas. Ouvir sobre

o problema dos outros e não se sentir como o único a ter problemas, propicia o sentimento de universalidade (Durão, Sousa & Miasso, 2002).

Vale ressaltar que falar dos sentimentos e das vivências íntimas exige uma relação de confiança que o grupo tem na capacidade do terapeuta como mediador e no comprometimento do grupo com os objetivos da proposta terapêutica. A construção de vínculos fortes é parte essencial dos processos de mudanças, implicando uma relação contratual de direitos e deveres entre todas as partes envolvidas. Para isso é fundamental um olhar atento à singularidade dos sujeitos, o que implica uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em conta as particularidades de cada situação (Melmam, 2002).

Outro fator que pôde ser observado como um grande problema enfrentado pelos usuários em saúde mental e seus familiares é o fato dessas famílias terem que administrar e aceitar a improdutividade do seu familiar com relação ao trabalho. Certo usuário da oficina terapêutica do HSVP relatou como a exclusão no trabalho, por causa do adoecimento psíquico, resultou em um grande conflito familiar. Segundo ele, sua esposa e seus filhos constantemente o humilhavam por estar nesta condição, após ter sido afastado do trabalho. Ele relatou que a sua percepção era de que somente tinha valor para sua família, quando estava trabalhando.

Numa sociedade competitiva, sob a égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz, não tem renda e, além disso, carrega o estigma do doente mental, não tem inserção social e passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil e sem cidadania, inclusive pelos seus familiares. A manutenção de um membro “improdutivo” na família pesa no orçamento, principalmente quando a renda familiar é muito baixa (Gonçalves & Sena, 2001).

Nestes casos, as oficinas terapêuticas dos diversos CAPS tem o desafio de além de oferecer espaços terapêuticos através da expressão da fala e do acolhimento, buscar meios de possibilitar a busca da autonomia desses sujeitos por meio da articulação entre o cuidado

clínico e programas de reabilitação psicossocial, onde a inclusão no trabalho possa estar inserido.

4.2 – O trabalho como reabilitação psicossocial.

Para romper com essa identidade atribuída aos portadores de transtornos mentais, a lógica centra-se na habilitação psicossocial como condição essencial por meio da construção de uma rede de possibilidades que explore a autonomia dos que estão em tratamento e ainda promovem trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos à doença mental e, portanto a aceitação social, pois, no modelo anterior (hospitalocêntrico), o sujeito com história de transtorno mental enveredava pelo caminho da incapacidade (Saraceno, 1999).

A sensação de ser e viver em exclusão traz sofrimentos psíquicos, sobretudo para quem após o adoecimento mental tenta construir possibilidades de trabalho em uma sociedade fechada aos diferentes. Ao ser excluído do trabalho o sujeito portador de adoecimento psíquico, traz consigo sentimentos que minimizam a dignidade do ser humano, pois, as dificuldades da exclusão do trabalho são complexas, incluindo os aspectos financeiros, psíquicos, físicos e sociais (Jorge & Bezerra, 2004).

De acordo com as entrevistas realizadas por Jorge & Bezerra (2004) com usuários do CAPS de Fortaleza – CE, surge no relato de alguns usuários que foram excluídos do trabalho sentimentos de tristeza ante a dificuldade de depender dos outros como se a pessoa em sofrimento psíquico não fosse capaz de prover sua subsistência o que o leva a se caracterizar como inútil. Por outro lado, encontra-se a representação do dinheiro como desejo capaz de proporcionar prazer. A expressão do “meu dinheiro” parece carregada de sentidos como se tivesse valor simbólico maior, por ter sido conseguido com seu próprio mérito, por ser fruto de um trabalho ou de um desejo que se faz recusar.

Ser excluído do trabalho não diz respeito apenas pelo fato de não estarem trabalhando. Muitos usuários que tem a oportunidade de voltar para o trabalho sofrem discriminações e por vezes tem que aceitar ocupar um local de inferioridade ao que ocupava anteriormente: um local que não era dele. Profissionais que trabalham com usuários neste contexto, relatam a realidade do mundo do trabalho para quem sofre de doenças mentais. De início há o afastamento do posto de trabalho, como um preparativo para a demissão que ocorre posteriormente, colocando-o a margem do trabalho e revelando a perda da confiança no sujeito em decorrência da psicopatologia. Neste sentido opera-se uma lógica moral de punir os comportamentos diferentes para servir de exemplo aos demais trabalhadores (*idem*).

A inclusão no trabalho é representada como uma necessidade pessoal e social e tem um sentido simbólico na vida de quem foi acometido de transtorno mental. O sentido apresentado no relato dessas pessoas refere-se à necessidade de se manter ocupado, como forma de se desligar dos sofrimentos existenciais e interagir com o ambiente por meio do trabalho, podendo ainda em decorrência deste, aumentar a auto-estima, pois a capacidade de produzir desperta a valorização dos sujeitos sociais. Alguns usuários relataram, nesta pesquisa citada anteriormente, como alguns deles ao conseguirem emprego, modificaram o sentido do seu sofrimento e dos seus sintomas. Quando retornaram ao trabalho as relações familiares se alternaram. Eles passaram a se sentirem úteis, respeitados e valorizados. Puderam resgatar sua dignidade como pessoa e como ser humano. Há nos relatos a inclusão do trabalho como responsável pela harmonia familiar pelo respeito do grupo social, pela felicidade e ainda como forma de aliviar a dor e os sofrimentos existenciais. Assim surge a necessidade de debater os preceitos da Reforma Psiquiátrica em curso, sobretudo na questão do trabalho, sob pena de uma continuação do antigo modelo asilar, quando a incapacidade era um destino freqüente dos que portavam transtornos mentais (*idem*).

Entendemos que a inserção do portador de sofrimento psíquico no meio laborativo é uma alternativa extremamente importante no processo de reabilitação, desde que o desejo do usuário seja trabalhar ou voltar a trabalhar. Neste contexto vale ressaltar a capacidade do profissional de discernir e construir coletivamente com o usuário um plano terapêutico no qual o trabalho possa estar incluso ou não. Estas ações individualizam o cuidado e propiciam a criação de um espaço terapêutico, onde são respeitadas as escolhas e decisões dos usuários, remetendo-os a condição de protagonistas de suas vidas (Babinski & Hirdes, 2004).

Pensamos que o trabalho possa ser uma alternativa no processo de reabilitação quando este supere o simples fato de manter o paciente ocupado e o faça sentir capaz, útil, importante e lhe proporcione auto-realização e produção de vida. O estabelecimento do diferencial entre vida produtiva e produção de vida deve ser considerado. O primeiro remete ao fazer algo, enquanto o segundo confere valor à vida (Delgado, 2005).

As associações de usuários que se constituem ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica têm manifestado, em diversos momentos e ambientes, seu desejo de que projetos de trabalho, desenvolvidos em articulação com a rede de serviços se tornem mais fortes, mais duradouros, e capazes de incluir um número maior de participantes. São muitas as experiências brasileiras de “geração de renda”, cooperativas e “trabalho protegido”, que se articulam com a rede de atenção psicossocial em inúmeros municípios. Essas redes de trabalho mostram em sua diversidade duas características comuns: a angústia por serem frágeis e com pouca sustentação institucional e financeira, e a certeza dos bons resultados obtidos e da adesão dos usuários. São boas e frágeis, eficazes, porém inseguras (*idem*).

Diante de todo esse impasse sobre a inclusão do usuário em saúde mental no trabalho, foi realizada em novembro de 2004, A Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde mental. A proposta da oficina teve como objetivo reunir projetos formais e informais de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde

Mental e assim promover uma rede de discussão para proporem novas iniciativas (Ministério da Saúde, 2005).

Uma interessante proposta que se tornou o foco das várias mesas redondas que ocorreram neste evento foi à criação da parceria entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental – DAPE/ SAS/ MS, e a Secretaria Nacional de Economia Solidária – SENAS/ MTE. Sobre a proposta dessa parceria o Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Dr Pedro Gabriel Delgado descreve:

(...) essa primeira oficina tem o objetivo de pensar em um programa interministerial. Um programa que inclua também todas as outras instâncias da gestão pública, municipal e estadual, além do trabalho de organizações não-governamentais, de entidades, de associações, do movimento social em torno da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para poder abrir essa nova frente do campo da reforma, que é a frente da inclusão social pelo trabalho, das cooperativas sociais, das cooperativas e experiências de geração de renda. Essas experiências já existem em nosso país⁵, mas ainda são muito incipientes e precisam, de fato, de esforços conjuntos de todos nós, da sociedade e do Estado, para garantirem sua sustentabilidade, e poderem funcionar de maneira mais eficaz no sentido de promover, realmente, a inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental, com a reintegração social dessas pessoas, a melhoria de suas condições de vida e a melhoria também da efetividade do seu projeto terapêutico, por que sabemos que a inclusão nesses projetos é muito positiva, muito eficaz, para o bem estar dos usuários desses serviços.⁶

⁵ A SURICATO – MG; a Cooperativa Cândido – SP; a GerAção-Poa – RS; a Trabalharte – MG; o NUSAMT (Núcleo de Saúde Mental e Trabalho) – RJ e a Cooperativa da Praia Vermelha – RJ, entre outras que não puderam participar da Oficina (Ministério da Saúde, 2005).

⁶ Conferência de Abertura: Economia Solidária e Saúde Mental. (Ministério da Saúde, 2005).

Toda essa discussão sobre economia solidária e trabalho protegido surgiu de várias experiências dentro das unidades de oficinas terapêuticas dos diversos CAPS existentes no Brasil, que idealizaram a reinserção do usuário em saúde mental no mercado de trabalho. Segundo Alcântara (2005), na sua experiência como coordenadora da Associação Cornélia⁷, pôde-se observar que os profissionais que montaram esses projetos imaginavam e idealizavam que os usuários seriam preparados para o mercado de trabalho e que sairiam prontos para conseguirem um emprego, porém observou-se que isso não estava acontecendo, pois, além de demorar muito para os usuários saírem, eles não tinham muita espontaneidade em expressar sua vontade de sair e os que se sentiam prontos para o mercado, se deparavam com o problema do desemprego. Enfim, percebeu-se que, que aqueles que iam, voltavam depois de algum tempo. Ficavam inseguros e com medo sobre o que fazer em caso de surtos ou crises no local de trabalho. Ao observar essa realidade mudou-se o enfoque e começou-se a trabalhar com a idéia de cooperativismo. Quando essa equipe percebeu que a saída dos usuários para o mercado de trabalho era muito difícil, eles começaram a mudar sua trajetória e começaram a pensar em formas mais organizadas de trabalho com a população atendida e adaptar o trabalho para atender a demanda deles. Começaram a trabalhar os conceitos de cooperativismo, com o objetivo de, no futuro, formar uma ou várias cooperativas (Alcântara, 2005).

As associações então passaram a funcionar nos moldes cooperativistas, o que é um desafio, pois esses profissionais do Cândia perceberam que o caminho não era preparar as pessoas para competirem no mercado de trabalho, mas mudar a lógica. Ao invés de preparar o usuário para ficar apto para competir no mercado de trabalho, puderam perceber que era o produto que deveria ser competitivo, que deveria ter qualidade e que deveria ir para o mercado (*idem*).

⁷ Associação Cornélia Vlieg, uma das unidades assistenciais do Cândia – SP.

Com essa nova visão de inclusão do usuário em saúde mental no mercado de trabalho, que se tornou uma visão mais realista e menos sonhadora, Pedro Delgado, em seu discurso na Conferência de Abertura: Economia Solidária e Saúde Mental relata:

O Diretor de Saúde Mental da OMS, Benedito Saraceno, que vem da experiência italiana, nos recomenda travar, no caso dos pacientes mentais e dos dependentes químicos, um diálogo permanente com o mercado real, construir com o mercado real, alternativas reais e concretas de inclusão dessas pessoas, em vez de apenas nos colocarmos numa posição de aceitar que esse mercado real e essa sociedade concreta permaneçam com sua posição de exclusão do diferente, de exclusão do paciente mental ou do usuário de drogas. Caberia construir alternativas, de fato, de inclusão nesse cotidiano real que vivemos de um mundo capitalista, de um mundo onde a inclusão social não é a regra, onde a regra é a exclusão, fazendo isso de uma maneira programática, tenaz e permanente, com o apoio do governo, das políticas públicas, mas políticas públicas permanentes (Delgado, 2005).

Tendo por base a fala acima, é exatamente isso que essas associações e cooperativas que estão dando certo estão fazendo, estão sendo uma via de inclusão social para os excluídos, através do trabalho protegido e das cooperativas sociais, que além de gerar renda para esses usuários, realizam valores humanos ao trabalhar a autonomia dessas pessoas. A sociedade excludente oferece para essas associações, milhões de excluídos, que precisam de uma alternativa, e a economia solidária pode ser uma delas.

O modelo cooperativista e associativista propõem uma organização do trabalho que opta por acolher e incluir diferenças, permitindo o estabelecimento de uma produção a partir de princípios aniquilados pelo capitalismo, como a solidariedade e a cooperação. Sua forma de organizar, distribuir e gerir trabalho, e o modo de conceber e tratar a diferença apresenta pontos de semelhança com a lógica instituída pelo projeto antimanicomial. Nesses locais de

geração de renda, as pessoas envolvidas buscam ser protagonistas da sua própria história ao assumirem a gestão de processos que envolvem dinheiro, compras, vendas lucros, dívidas, criação, metas, produtos e qualidade, mas também, e principalmente, o cuidado com o outro, o respeito à diferença e à solidariedade (Silva, 2005).

Portanto, segundo Delgado (2005): “a reforma psiquiátrica não é apenas o desafio de acabar com manicômios e criar outros serviços. É também extrair a positividade daquilo que é visto apenas como negativo. Aí a questão das Oficinas de Geração de Renda, a inclusão social pelo trabalho, as cooperativas, que são instrumentos extremamente eficazes” (p.17).

É no ano de 2005, no entanto que a criação de um Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, gestores do SUS, representantes das iniciativas de geração de renda e representantes de usuários, possibilita uma discussão mais sistematizada, ainda em andamento em torno dos temas da saúde mental e da economia solidária e a inclusão destes nas agendas sociais do governo federal, dos estados e dos municípios. Em julho de 2005, o Ministério da Saúde implementa uma linha específica de incentivo para os municípios que desenvolvem atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais, ou com transtornos do uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2005).

É preciso construir condições objetivas, por meio de políticas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade as necessidades dos usuários propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação do manicômio. Em vários países do mundo, essa questão do trabalho protegido e da inclusão pelo trabalho é um componente fundamental do processo de mudança do modelo de assistência (Delgado, 2005).

Conclusão

O movimento de reforma psiquiátrica é um movimento de inclusão social. Ele não é apenas um esforço coletivo do modelo assistencial de substituição dos manicômios, dos hospitais tradicionais por uma rede comunitária de atenção à saúde mental, espera-se muito mais. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade tornando-o sujeito do seu próprio tratamento, sem a idéia de cura como solução para os seus problemas e para seus familiares.

Apesar das diversas dificuldades que tem passado a reforma psiquiátrica, devemos seguir a diante, fazer a nossa parte, mesmo que a instituição não esteja adequada aos moldes antimanicomiais, como no caso desta instituição hospitalar a qual tivemos a oportunidade de estar atuando. Podemos continuar desenvolvendo estratégias possibilitadoras de enfrentamento aos desafios que aí estão e que ainda vão surgir, visando proporcionar a esses usuários e se possível à equipe profissional do hospital, novas referências de vínculo e afeto.

Enfim, poderíamos perguntar: os serviços substitutivos, em especial os CAPS estão respondendo a um novo paradigma no campo da saúde mental? Entende-se que os CAPS avançam em direção à reabilitação psicossocial, porém com essa nova proposta de inclusão através do Trabalho Protegido e formação de redes de apoio, esses serviços se deparam com um grande desafio que é o de não retroceder e repetir a lógica asilar ao se colocar apenas como um meio terapêutico que proporciona aos seus usuários um ambiente acolhedor e facilitador que oferece diversas atividades e modalidades terapêuticas, mas atendendo sua clientela com horários e atividades pré-estabelecidas dando continuidade a práticas antigas com uma roupagem nova, ao colocar esses sujeitos na dependência protetora da instituição, colocando estes sempre a mercê do assistencialismo.

Se os serviços dos CAPS não estiverem articulados com outras redes sociais tais como: as cooperativas de trabalho, instituições de ensino, associações de defesa de direito dos usuários e parcerias com empresas públicas, privadas e ONGs, esses importantes serviços substitutivos correm o risco de se acomodarem promovendo nesses usuários a dependência do assistencialismo e não da construção de cidadania.

Entretanto, novos desafios têm que ser enfrentados com a mesma coragem que os primeiros militantes em saúde mental enfrentaram para implementar os preciosos serviços substitutivos hoje existentes, pois, segundo o ex-ministro de estado de saúde, Humberto Costa:

“... quem trabalha no campo da saúde mental sabe da importância das cooperativas, das oficinas de geração de renda e trabalho e das associações que colaboram para a venda das obras de arte produzidas nos CAPS, para o bem-estar, auto-estima e efetiva inclusão dos usuários, mas ainda são experiências frágeis e de pequena sustentabilidade” (Ministério da Saúde, 2005, p.8).

Esses diversos serviços terão que se adaptar a uma população com características próprias, as quais devem ser respeitadas, senão do contrário, elas não estarão cumprindo o principal objetivo que é mostrar para a sociedade que na experiência da loucura existe uma grande criatividade e uma grande originalidade na relação de como essas pessoas lidam com o cotidiano, com a vida e com o imaginário social. Essas pessoas nos ensinam muito, ao demonstrar, mesmo que de forma enviesada, um outro tipo de mundo, de vivência e de produção de sentidos. Precisamos ouvir o que esses sujeitos têm a nos ensinar.

Referências Bibliográficas:

- ALCÂNTARA, Luciana Cristina. Experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental e Agências de Apoio e Formento. (mesa redonda). In: Oficina de Geração de Renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental. In: *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão social pelo trabalho*. Editora MS: Brasília, 2005.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienistas e alienados. In: AMARANTE, Paulo (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- _____. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- _____. Rumo ao fim dos Manicômios. *Revista Viver mente e Cérebro*. 164, 9, 3, 2006.
- BABINSKI, Tatiane & HIRDES, Alice. Reabilitação Psicossocial: A perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto e contexto em enfermagem*. 13, 4, 568- 76, 2004.
- BEAUCHESNE, Hervé. História da psicopatologia. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BIRMAN, Joel. Loucura, singularidade, subjetividade. In: *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 13-19.
- BRASIL.Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão social pelo trabalho*. Editora MS: Brasília, 2005.
- _____. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005.

- COSTA, Mark Napoli. Por uma sociedade sem manicômios: buscando a direção. In: *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 49-55.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. In: *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão social pelo trabalho*. Editora MS: Brasília, 2005.
- _____ Conferência de abertura: Economia Solidária e Saúde Mental. In: Oficina de Geração de Renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental, In: *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão social pelo trabalho*. Editora MS: Brasília, 2005.
- DURÃO, Ana Maria Sertório; SOUSA, Maria Conceição Bernardode & MIASSO, Adriana Inocenti. Grupo de acompanhamento de portadores de esquizofrenia em uso de clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: 58, 5, 524-8, 2005.
- FERNANDEZ, Myrian Rodrigues. *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde pública*. 2001. 162 f. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 1997. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 23 mar 2007.
- FOUCALT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. 5ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- _____ Doença mental e psicologia. 5ª edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

- GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: PITTA, Ana (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.33-47.
- GONÇALVES, Alda Martins & SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9, 2, 3, 48-55, 2001.
- HOLMES, David. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Por que acabar com os manicômios? Disponível em: www.ifb.org.br. Acesso em: 08 mar 2007.
- JORGE, Marcos Aurélio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. 1997. 117 f. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 1997. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 16 mar 2007.
- JORGE, Maria Salete Bessa. Reabilitação Psicossocial: Visão da equipe de Saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 59, 6, 11-6, 2006.
- JORGE, Maria Salete Bessa. & BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: Representações sociais. *Texto e contexto em enfermagem*. 13, 4, 551-8, 2004.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 2001, p.55-59.
- LANCMAM, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidade: Um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 13, 1, 93-102, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 05 abr. 2007.
- LIMA, Maria da Glória & SILVA, Graciette Borges da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57, 5, 591-5. Brasília, 2004.
- LOBOSQUE, Ana Martha. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

- _____. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MACHADO, Ana Lúcia. *Espaços de representação da loucura: Religião e psiquiatria*. Campinas: Papirus, 2001.
- MARZANO, Maria Luisa Rietra & SOUSA, Célia Antunes. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto e contexto em enfermagem*. Brasília, 13, 4, 577-84, 2004.
- MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2003.
- NALLI, Marcos Alexandre Gomes. Figuras da loucura em *Historie da la folie*. *Psicologia em estudo*. Maringá, 6, 2, 8, 39-47, 2001.
- PEREIRA, Milton Freire. A participação dos usuários. In: *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 72-83.
- PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: Te Cora. 1999
- _____. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 13-18.
- SILVA, Laura Belluzzo de Campos. *Doença mental psicose e loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- SILVA, Rosimeire Aparecida. Experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental e Agências de Apoio e Formento. (mesa redonda). In: Oficina de Geração de Renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental. In: *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão social pelo trabalho*. Editora MS: Brasília, 2005.

TELLES, Eleni Alves de Britto. O doente mental e a instituição psiquiátrica: A voz do silenciado. *Revista Brasileira de enfermagem*. Brasília. 55,1, 13-18, 2002.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Anexo I

LEI No 10.216, 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo II

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353 Em 7 de março de 2005.

Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE e O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO E EMPREGO, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso I, da Constituição, e

Considerando as atribuições da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, que busca construir a política nacional de fortalecimento da economia solidária e da autogestão, estimular a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza;

Considerando as diretrizes da política nacional de saúde mental, que busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore das condições concretas de vida;

Considerando as diretrizes gerais de ambas as políticas, Economia Solidária e Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos; e

Considerando as deliberações da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada na Universidade de Brasília, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, convocada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego,

R E S O L V E M:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, a ser composto por representantes (um titular e um suplente) das instituições e instâncias abaixo, sob coordenação da primeira:

I - Ministério da Saúde;

II - Ministério do Trabalho e Emprego;

III - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

IV - Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária;

V - Fórum Brasileiro de Economia Solidária;

VI - Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e

VII - Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho ora instituído poderá convidar outros ministérios e instituições para participar de suas atividades de acordo com os temas que serão objeto de discussão e proposição.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária terá as seguintes atribuições:

I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de reforma psiquiátrica;

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e

VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

Art. 3º Fixar o prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis para que o coordenador do Grupo de Trabalho convoque seus membros para as reuniões.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 2 (dois) meses, a partir da publicação desta Portaria, para que os titulares das instituições e instâncias relacionadas no artigo 1º indiquem seus respectivos membros, titulares e suplentes.

Art. 5º Estabelecer o prazo de seis 6 (seis) meses, prorrogáveis uma única vez, para o Grupo de Trabalho apresentar suas conclusões aos dois Ministérios.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

RICARDO BERZOINI
Ministro de Estado do Trabalho e Emprego

Anexo III

PORTARIA Nº 1.169, DE 7 DE JULHO DE 2005

Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001;

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que buscam construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore das condições concretas de vida, entendendo que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário;

Considerando as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária e da Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos;

Considerando a Portaria Interministerial nº 353, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, resolve:

Art. 1º Destinar incentivo financeiro para os municípios que se habilitarem junto ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de inclusão social pelo trabalho destinadas a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Art. 2º Estabelecer os seguintes critérios para a habilitação dos municípios:

I - possuir rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária e territorial (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios e outros serviços);

II ter habilitação prévia no Programa De Volta para Casa; e

III estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho -CIST, elaborado e acompanhado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária.

Art. 3º Definir como prioritários para o recebimento do incentivo financeiro os municípios que:

I - tenham número elevado de leitos de longa permanência em hospital psiquiátrico;

II - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos;

III - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, e

IV - apresentem articulações efetivas entre a área de saúde mental e a rede de economia solidária.

Art. 4º Estabelecer, como exigência para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, que o gestor do município encaminhe ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPE - Área Técnica de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, e para a Secretaria Estadual correspondente, se for o caso, os seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que será beneficiado;

II - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo

financeiro no projeto ou no conjunto de projetos em até 3 (três) meses após seu recebimento; e
III - plano de aplicação do recurso.

Art. 5º Definir os valores a seguir descritos para o incentivo de que trata esta Portaria:

I - R\$ 5.000,00 para municípios que possuam entre 10 e 50 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho;

II - R\$ 10.000,00 - para municípios que possuam entre 51 e 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho; e

III - R\$ 15.000,00 - para municípios que possuam mais de 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho.

Art. 6º Determinar que o incentivo seja transferido em parcela única ao respectivo fundo, do estado, do município ou do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

Art. 7º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de aplicação efetiva definido nesta Portaria.

Art. 8º Definir que serão destinados, para as ações previstas nesta Portaria, recursos da ordem de R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais), para o exercício de 2005, e 1.900.000,00 (um milhão e novecentos mil reais) para o exercício de 2006, oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, nas seguintes ações:

I - 10.302.1312.8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e de Transtornos decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas; e

II - 10.571.1312.8525 Fomento a Estudos e Pesquisas sobre a Saúde de Grupos Populacionais Estratégicos e em Situações Especiais de Agravo.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA