

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CRISLAINE LUIZA ARAUJO

**O CAPS E AS AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA AS
FAMÍLIAS NO CUIDADO DO PACIENTE EM SOFRIMENTO
MENTAL**

**Campos Gerais
2014**

CRISLAINE LUIZA ARAUJO

**O CAPS E AS AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA AS FAMÍLIAS
NO CUIDADO DO PACIENTE EM SOFRIMENTO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Formação Pedagógica para Profissionais
de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais
como parte das exigências para obtenção de título
de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Solange Cervinho Bicalho
Godoy

**Campos Gerais
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

ARAUJO, CRISLAINE LUIZA

O CAPS E AS AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA AS FAMÍLIAS NO CUIDADO DO PACIENTE EM SOFRIMENTO MENTAL [manuscrito] / CRISLAINE LUIZA ARAUJO. - 2014.

56 p.

Orientador: DRA SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em formação pedagógica para profissionais de saúde.

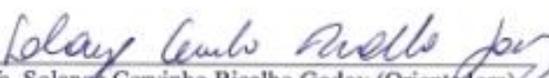
1.LOUCURA. 2.DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. 3.REFORMA PSQUIÁTRICA. 4.CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. I.GODOY, DRA SOLANGE CERVINHO BICALHO. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Crislaine Luíza Araújo

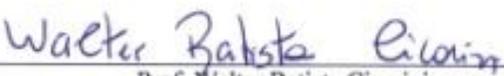
**O CAPS E AS AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA AS
FAMÍLIAS NO CUIDADO DO PACIENTE EM SOFRIMENTO
MENTAL**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Solange Cervinho Bicalho Godoy (Orientadora)



Prof. Walter Batista Cicarini

Data de aprovação: 14/02/2014

Dedico este trabalho aos meus pais pelo impecável apoio e incentivo por minha ascensão pessoal e principalmente pela inesgotável confiança endereçada a mim.

Agradecimentos

A gratidão é um dos sentimentos mais nobres do homem, desta forma, não poderia deixar de registrar que a realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Manifesto a minha gratidão a todas elas e de forma particular:

Aos colegas – companheiros de jornadas – agradeço por terem tornado esses pequenos momentos de convivência em momentos inesquecíveis;

A minha orientadora Solange, aos meus tutores Carla e João Henrique por terem compartilhado o que possuem de mais precioso, o seu conhecimento.

Aos familiares e a todos que estiveram ao meu lado em mais uma jornada de minha existência.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Carolina

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre as ações educativas que podem ser realizadas pela equipe do CAPS junto às famílias no cuidado do paciente portador de transtorno mental, mediante modificação nas relações familiares decorrente da transformação da assistência prestada a esses pacientes com a criação dos modelos substitutivos. Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados LILACS e SCIELO, empregando como descritores, loucura, desinstitucionalização, reforma psiquiátrica, centro de atenção psicossocial. A partir da análise dos artigos selecionados surgiram as seguintes categorias: uma discussão a respeito da loucura; reforma psiquiátrica e luta antimanicomial; o movimento de desospitalização em saúde mental; novos dispositivos em saúde mental e a implantação dos CAPS e; as ações educativas para os familiares do CAPS realizadas pela equipe, para serem analisados a luz da literatura. Pode-se concluir que a família passa a fazer parte do tratamento do paciente no CAPS. A família ao ser acolhida pela equipe do serviço, passa a conhecer um pouco mais sobre a doença mental, sobre as perspectivas de tratamento, sobre o manejo diário com o familiar em tratamento. Assim, a equipe do CAPS tem essa tarefa de inserir a família no tratamento, promover esse estreitamento das relações. Concluiu-se que as ações educativas para os familiares dos pacientes atendidos pelo CAPS se constituem enquanto pilares para a manutenção do paciente em tratamento, pois os usuários passam a se sentir respeitados, integrados à vida em família e em sociedade.

Palavras-chave: Loucura. Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This study aims to perform an integrative review of educational activities that can be performed by the CAPS staff with families in the care of patients with mental disorders by modification in family relationships arising from the transformation of health care provided to these patients with creation of substitutive models. An integrative review was conducted in the databases LILACS and SCIELO, using as descriptors, madness, institutionalization, psychiatric reform, psychosocial care center. From the analysis of the selected articles appeared the following categories: a discussion of madness; psychiatric reform and anti-asylum, the deinstitutionalization movement in mental health, mental health new devices and deployment of the CAPS and; educational activities for family members of CAPS made by the team, to be analyzed by the literature. It can be concluded that the family becomes part of the patient's treatment in CAPS. The family to be accepted by the service staff, get to know a little more about mental illness, about the prospects of treatment on the daily handling with the family in treatment. Thus, the CAPS team has the task of involving the family in treatment, promote that closer relations. It was concluded that education for family members of patients seen at CAPS are as pillars for maintaining the patient in treatment, as users begin to feel respected, integrated with family life and society.

Key-words: Madness. Deinstitutionalization. Psychiatric Reform. Psychosocial Care Center.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

TABELA 1 - Distribuição do número de publicações por banco de dados e descritores.....	14
ANEXO I – Instrumento de coleta de dados: formulário.....	42
ANEXO II – Fichamento das publicações relacionadas às temáticas do estudo.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	12
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
3.1	MÉTODO.....	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1	UMA DISCUSSÃO A RESPEITO DA LOUCURA.....	16
4.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL.....	19
4.3	O MOVIMENTO DE DESOSPITALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	23
4.4	NOVOS DISPOSITIVOS EM SAÚDE MENTAL E A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS.....	27
4.5	AÇÕES EDUCATIVAS PARA OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DO CAPS REALIZADAS PELA EQUIPE.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERENCIAS.....	39
	ANEXO I	42
	ANEXO II.....	43

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho vem discutir a respeito da importância das ações educativas com a família dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), discutindo sobre o processo de cuidado dos pacientes portadores de transtornos mentais.

O tema da saúde mental e do cuidado com o paciente provém de uma discussão muito ampla a respeito da necessidade da criação e implantação de novos modelos de atenção, que não o modelo hospitalocêntrico.

Segundo Borba *et al.* (2012), até meados do século passado, a doença mental era tratada por meio de internações, em que o paciente era internado em manicômios, havendo segregação, tutela e terapêutica expressa em descuido e maus tratos. Este modelo chegou a ser alvo de muitas críticas a partir da 2ª Guerra Mundial, passando a ser comparado com campos de concentração, devido à precariedade das condições de vida dos internos. (BORBA *et al.*, 2012)

Diante das condições deste processo de institucionalização, Lucena e Bezerra (2012), afirmam que passaram a existir diversos movimentos em busca da superação deste modelo institucional de “natureza total”, considerado coercitivo.

De acordo com Queiroz e Delamuta (2011), a Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo em todos os países, buscando a reformulação das práticas na assistência e a proposição de um novo modelo de atenção à saúde mental - o modelo psicossocial. Ainda segundo estes autores, a Reforma Psiquiátrica propõe que o diagnóstico e o processo terapêutico promovam a integração do paciente com a sua família e a comunidade. Além de propostas de inclusão do paciente, este movimento vem contestando também o conceito de doença mental como uma prática repressiva produzida pela Psiquiatria Tradicional.

Queiroz e Delamuta (2011), afirmam que foi diante desta crítica ao modelo hospitalocêntrico e da criação do SUS em 1990, que foi possível redirecionar a saúde no país e organizar a saúde mental para que esta pudesse atender os princípios da Reforma Psiquiátrica. Assim, a partir de então, o manicômio passou a ser percebido como um problema e é em 2001, que se promulga a Lei 10.216, proveniente do projeto de lei Paulo Delgado, dando início à extinção progressiva do

modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, com sua substituição por outras modalidades assistenciais. (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011)

Ainda de acordo com Queiroz e Delamuta (2011), o processo de desospitalização exige a criação de serviços substitutivos, surge então modelo novo de atenção e tratamento à doença mental,

(...) com a inclusão de serviços denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-Dia. Tais instituições têm por objetivo oferecer atenção integral, que postula a desospitalização e a desmedicalização, ao mesmo tempo em que procura promover, por meio de uma clínica interdisciplinar ampliada, o resgate da cidadania e a integração social do paciente. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária; são impulsionados pelos projetos de re-forma psiquiátrica, que vêm sendo implementados em grande parte dos Estados Brasileiros. (p. 3612)

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem como um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, decorrente de um processo denominado como Reforma Psiquiátrica, processo este que vem ocorrendo desde a década de 70, ganhando força com a promulgação da Constituição Federal de 1988, criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e instituição da Lei 10.216 de 2001 que garante os direitos do paciente com transtornos mentais.

A criação de modelos substitutivos de atenção ao paciente com transtorno mental provoca mudanças da assistência a esse paciente e uma nova dinâmica na estrutura familiar, pois antes a única opção para o paciente era a internação.

Assim sendo, para a família, cuidar e conviver com um paciente em sofrimento mental passa a ser um processo novo, que envolve o enfrentamento de valores e a destituição de estigmas e preconceitos. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

Diante desta breve explanação, este trabalho indaga a seguinte questão: Quais as ações educativas que podem ser desenvolvidas pela equipe do CAPS junto às famílias no cuidado do paciente portador de transtorno mental?

Este trabalho se justifica diante da necessidade de conhecer as ações educativas realizadas pelos profissionais para apoiar as famílias no cuidado com paciente com transtorno mental considerando a necessidade modelo atual de assistência proposto e a participação dos modelos substitutivos.

2 OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa de literatura sobre as ações educativas que podem ser desenvolvidas pela equipe do CAPS junto às famílias no cuidado do paciente portador de transtorno mental.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 MÉTODO

A metodologia utilizada neste estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura. Na revisão integrativa incluem-se estudos de vários delineamentos, sendo que suas etapas são as seguintes: identificação do problema; levantamento da literatura; avaliação crítica, análise, redução, apresentação e comparação dos dados; elaboração das conclusões. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa, enquanto método de pesquisa busca sintetizar as evidências acerca de um tema investigado, tendo como proposta conhecer o estado atual do conhecimento sobre este tema, a fim de observar quais são as lacunas deste conhecimento que servirão de subsídio para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Para a realização da pesquisa foram utilizadas concomitantemente as bases de dados: “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde” (LILACS) e a base brasileira da coleção *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), buscando as palavras-chaves (descritores): “loucura”, “desinstitucionalização”, “reforma psiquiátrica”, “centro de atenção psicossocial”.

Ao selecionar as publicações a serem utilizadas neste trabalho, considerou os seguintes critérios de inclusão, artigos nacionais publicados na íntegra no idioma Português, que continham algum dos descritores no título da publicação; publicados entre 2003 a 2013 e as legislações federais relativas à saúde mental.

Quanto aos critérios de exclusão, artigos da literatura internacional; artigos incompletos; artigos não disponíveis na base de dados e artigos publicados anteriormente ao ano de 2003.

Com a busca realizada nas publicações com base nos descritores da temática, pode-se identificar a seguinte distribuição.

TABELA 1 - Distribuição do número de publicações presentes na BVS de acordo com os descritores no período de 2003 a 2013 no Banco de Dados da BVS

BANCO DE DADOS	Loucura	Reforma Psiquiátrica	Desinstitucionalização	Centro de Atenção Psicossocial	TOTAL DE PUBLICAÇÕES
BVS	14	12	10	39	75

FONTE: Biblioteca Virtual em Saúde (2013)

Após a leitura fluente das publicações relacionadas à temática desse estudo conseguiu-se identificar os principais autores que retrataram características da saúde mental, dos processos de desinstitucionalização e das ações educativas junto aos familiares dos serviços substitutivos como o CAPS. Na busca de literaturas especializadas, foram encontradas 75 publicações documentos relacionados ao tema proposto, destes foram selecionadas 34 publicações que atendiam aos objetivos da pesquisa.

Para a organização dos dados realizou um instrumento de coleta de dados (Anexo I: formulário) que consistiu na leitura das publicações, anotação de dados básicos para certificar se o artigo apresentava alguma contribuição para o tema em discussão. Com a leitura das publicações relacionadas à temática desse estudo, identificaram-se os principais autores que retratavam a questão da saúde mental e da reforma psiquiátrica e ações educativas.

O formulário permitiu a organização dos dados em fichamentos que foram apresentados no quadro (Anexo II) contemplando as informações como, identificação do artigo e autores; fonte de localização; objetivos, metodologia da pesquisa e os resultados alcançados. Anexo II do modelo do fichamento empregado (MARCONI; LAKATOS, 2010)

De posse dos fichamentos realizou-se a classificação, a análise, a interpretação e elaboração textual sobre as informações coletadas. A elaboração textual realizada confrontou idéias centrais dos autores com relação ao tema, ora com as idéias concordantes, ora discordantes. Com a identificação dos núcleos abordados em cada publicação, iniciou a fase de exploração do material, e análise dos mesmos. A partir desta análise surgiram as seguintes categorias: uma discussão a respeito da loucura; reforma psiquiátrica e luta antimanicomial; o movimento de

desospitalização em saúde mental; novos dispositivos em saúde mental e a implantação dos CAPS e; as ações educativas para os familiares do CAPS realizadas pela equipe, para serem analisados a luz da literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 UMA DISCUSSÃO A RESPEITO DA LOUCURA

A loucura sempre tema de indagações e questionamentos, Fé (2004), afirma que existem passagens bíblicas, onde se acredita que algum comportamento fora dos padrões era considerado como advindo de alguma forma maligna. Em uma de suas passagens, mais precisamente no livro de Emanuel, encontra-se descrita a seguinte passagem: “Sempre que o espírito maligno da parte de Deus vinha sobre Saul, Davi tomava a harpa e a tocava. Então, Saul sentia alívio, e se achava melhor, e o espírito maligno era retirado dele”. (Samuel 16:23)

Assim sendo verifica-se que havia a crença de que a música poderia servir como terapêutica para o alívio de uma possível sintomatologia psiquiátrica causada por ações sobrenaturais. Outra passagem bíblica, agora do Antigo Testamento, dispõe no texto de Daniel (4:33), que a loucura era um castigo imposto pelo rei Nabucodonosor, para que o paciente em sofrimento mental fosse expulso da convivência humana, e assim, passasse a comer grama como os bois, o que durou sete anos. Fica claro aqui que a loucura estava associada à exclusão social. (FÉ, 2004)

Autoras como Correia, Lima e Alves (2007), afirmam que no decorrer da História, a loucura tem assumido os mais diversos sentidos. Nesse sentido, no livro “Elogia da Loucura” do autor Erasmo de Roterdã, que data de 1509, este enfatizava que o estado natural do homem era a loucura, afirmando ainda não haver cientista, filósofo ou sábio que não tenham vivenciado algum momento de loucura.

Neste contexto histórico, Freitas (2004), em seu artigo “A história da psiquiatria não contada por Foucault”, enfatiza que até meados do século XVII, a loucura não tinha o estigma excludente e nem era vista com uma concepção oposta à razão, este autor narra que a loucura até esse período era vista fazendo “parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um, uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar que dominar (p. 81)”. Este descreve que a partir deste momento, Fé e Razão entraram num embate pela busca do conhecimento verdadeiro e absoluto sobre a vida e o mundo. A Razão passou a determinar regras

e apontar para “as verdades”. Seguindo este caminho, a loucura passou a ser considerada falta de razão, assim como Descartes apontou em sua filosofia, afirmando não ser possível existir pensamento, onde não há razão. (FREITAS, 2004)

Segundo Calomeni (2010), a loucura a partir desse momento, passou a isolar do convívio em sociedade, os pacientes portadores de algum acometimento mental. Juntamente com os “loucos” eram segregados os mendigos, os criminosos, os inválidos e os portadores de alguma doença venérea. Para isso, passaram a ser criados estabelecimentos para a internação desses pacientes, estes estabelecimentos também chamados de hospitais gerais, abrigavam aqueles que não seguiam a ordem, a razão e a moral da sociedade. Dessa forma, para Calomeni (2010), a loucura como negativo da razão foi silenciada, passou a ter relação com as culpas sociais e morais. Verifica-se que nos hospitais gerais não havia a preocupação terapêutica, ou seja, não havia o propósito de tratamento ou de cura.

Ainda, de acordo com Calomeni (2010), buscava-se inculcar a ideologia de que o louco era incapaz, de que ele não tinha condições de gerir sua vida, ou seja, o louco ganhava o estatuto de doente. Além disso, era fundamental dar a ele estatuto de minoridade e fazer destes dois aspectos uma mesma realidade. Essa discussão aponta para a percepção de que a busca de explicações para as vivências humanas da “perda da razão”, não é recente. Segundo Freitas (2004), muitas foram as explicações para a ocorrência das doenças mentais, tem-se o conhecimento de buscas de explicações por meio de experiências místicas, experiências mágicas, e técnico-científicas e, mais recentemente, houve o reconhecimento de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que predispõem e fazem parte tanto da gênese, quanto da evolução dos transtornos mentais.

Segundo Weyler (2006), algumas destas explicações enfatizam o papel do raciocínio em detrimento às emoções, acarretando a sedimentação de um marcado antagonismo entre a razão e a loucura, sendo que a loucura passa à condição de patologia, desviando-se da norma. Diante disso, a medicina passou a tratar a loucura como doença. Assim, considerou-se que o melhor local para tratamento dos loucos seria o hospital. (FREITAS, 2004)

De acordo com Calomeni (2010), o senso comum identificou os transtornos mentais como sendo manifestação da loucura, onde qualquer desvio de conduta, de comportamento, idéias delirantes, excentricidades, comportamentos bizarros e até

mesmo as deficiências mentais passaram a ser descritas pela psicopatologia ocidental. As instituições e seu modelo de exclusão social e segregação vêm permeando a loucura. Entretanto, a estrutura destas instituições se mostra falha e inadequada para atender os pacientes acometidos de sofrimento mental. Assim, esse modelo excludente vem sendo substituído por serviços alternativos, mais humanizados, que impedem os processos de exclusão social. (WEYLER, 2006)

Na concepção de Serpa Jr. (2011), apesar de algumas mudanças de pensamento com relação à loucura e suas causas, o manicômio ganhou espaço e se tornou instrumento de perpetuação da loucura, muitas das vezes as práticas dentro desta instituição se apresentavam violentas, sendo que este espaço ao invés de instrumento de cura se transformou em um depósito das mais diversas manifestações da loucura, sendo que a violência era justificada em nome da ciência.

Ainda de acordo com Serpa Jr. (2011), Pinel, foi o responsável pela Primeira Revolução Psiquiátrica, e também foi considerado como o fundador da Psiquiatria Moderna, teve sua prática baseada no tratamento humanista de cunho moral. Buscava uma relação humanitária entre os pacientes e seus cuidadores, uma vez que acreditava que a amabilidade, a atenção às necessidades físicas e/ou psicológicas e o otimismo eram fundamentais no processo de recuperação. (WEYLER, 2006)

Segundo Fé (2004), o momento marcado pela Primeira Revolução Psiquiátrica conseguiu bons resultados terapêuticos, apesar de não se dispor no período, das modernas medicações sofisticadas que dispomos hoje para o tratamento de pacientes acometidos com transtorno mental. No entanto, as admissões aumentaram e a contratação de quadro de pessoal, principalmente de médicos, não aumentou na mesma proporção, reduzindo assim a assistência terapêutica individual, causando piora nos resultados. Esta queda repercutiu no prognóstico, e foi acompanhada da perda da esperança na recuperação, assim o tratamento moral proposto, perdeu o impacto inicial e houvesse uma renovação da importância dada a uma base orgânica para os transtornos mentais e simultânea diminuição da ênfase nos contatos pessoais e humanos, como fator relevante para a recuperação dos pacientes. (CALOMENI, 2010)

Na atualidade ainda é possível observar a falta de profissionais e de cuidados dos hospitais psiquiátricos que têm características asilares. Sendo que estas condições fazem parte de um processo que provoca a cronificação dos pacientes, já

que estes acabam sendo entregues a um vazio, sem possibilidades de reintegração, tanto na família quanto na sociedade. O comportamento social, os costumes simples como as preocupações em se vestir, em falar, em se cuidar, se afrouxam nos hospitais psiquiátricos, já que estes hospitais promovem o isolamento e o confinamento, havendo dessa forma, uma perda de autonomia e da condição de cidadania. (FÉ, 2004)

Torna-se presente nesse processo de adoecimento mental, a rejeição dos familiares, já que as frequentes internações psiquiátricas fragmentam as relações familiares. As famílias e a sociedade em geral não se encontram preparadas e nem dispõem de suporte para o cuidar do indivíduo portador de transtorno mental, apesar da atual proposta de desinstitucionalização, que objetiva a criação de serviços assistenciais na comunidade. (CALOMENI, 2010)

4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL

A psiquiatria e a palavra “reforma” são palavras que têm se tornado parceiras. Desde o período da Revolução Francesa, a tarefa de humanizar e proporcionar uma terapêutica no cuidado com os ditos “loucos” recolhidos nos hospitais gerais foi delegada a Pinel. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007)

A Reforma Psiquiátrica busca a desospitalização, busca modificar a assistência psiquiátrica por meio de alterações em políticas, planos, com o apoio de um movimento social amplo, formado por usuários, por familiares, por entidades da sociedade civil e por trabalhadores da saúde mental, em prol da busca de cidadania para os doentes mentais. Este movimento pode ser compreendido enquanto revisão crítica, teórica, ética, política e jurídica, das práticas e discursos sobre a doença mental e os chamados doentes mentais. Implica em tentativas de mudanças mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas, igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental. (GAMA, 2012)

A reforma psiquiátrica constitui-se num processo histórico, de crítica e busca de reformulação do modelo clássico da psiquiatria, rompendo paradigmas, questionando estratégias e propostas de tratamento oferecidas até então. Segundo

Goulart e Durães (2010) no Brasil, a reforma psiquiátrica consiste num processo que surge de maneira mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização. Ela fundamenta não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

De acordo com Hirdes (2009), foi nas décadas de 60 e 70, no período da ditadura militar que surgiram as primeiras discussões a respeito da reforma psiquiátrica no Brasil. As transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica permearam os campos assistencial, cultural e conceitual. Trata-se de um processo de ruptura do saber psiquiátrico em lidar com a loucura, de rompimento com conceitos e com o estereótipo que envolveu a loucura. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem proporcionado intenso debate sobre as novas exigências políticas e éticas no contexto das transformações assistenciais propostas pela nova política nacional de saúde mental. (GAMA, 2012)

A Reforma Psiquiátrica objetiva a transformação das relações estabelecidas com a loucura, sendo estas relações sociais e institucionais, superar os estigmas e a segregação, fazendo com que a loucura passe a ser vista numa proposta de trocas, de solidariedade, de cuidados. Na realidade, a proposta da Reforma Psiquiátrica era a desospitalização dos doentes mentais, conseguida através do fechamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição destes por serviços alternativos. Estes serviços deveriam suprir a necessidade dessa demanda, oferecendo subsídios para o resgate da cidadania e a reinserção social. (PAULIN; TURANO, 2004)

Corroborando com os estudos de Paulin e Turano (2004), Pitta (2011) afirma que os profissionais de saúde e os diversos segmentos da sociedade vêm aderindo ao movimento da Reforma. No entanto, os autores discutem que se a mesma for tratada como mera desospitalização, sem oferecer as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, irá refletir de forma negativa sobre a família, uma vez que é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado do paciente em sofrimento mental.

Ainda segundo Pitta (2011), a Reforma provoca uma ruptura estrutural e organizacional no modelo psiquiátrico, tendo por referência uma crítica epistemológica à relação monocrática entre o corpo dirigente e os pacientes, assim sendo, a proposta da Reforma visava efetivar mecanismos de coordenação da

atividade organizacional que se pretendem mais amparados em um sentido dialógico. A Reforma pressupõe que tanto usuários, sociedade e profissionais de saúde mental, sejam sujeitos ativos e competentes de uma relação social. (GAMA, 2012)

A transformação do modelo segregador e excludente das políticas do campo da saúde mental é a maior reivindicação da Reforma, que se pauta no resgate da história de cada um, buscando a reinserção social e a promoção da qualidade de vida dos pacientes há anos confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos. Além disso, elabora modos mais humanizados e dignos de cuidado. Essa mudança aconteceu em diversos ritmos e de diferentes formas em outros países. Tal diversidade pode ser explicada em função das diferentes velocidades de incorporação das novas tecnologias terapêuticas, da capacidade de financiar os sistemas de saúde de cada sociedade em particular e da prioridade dada pelas sociedades aos valores relacionados à democracia e aos direitos humanos e civis. (ALVARENGA; NOVAES, 2007)

A Luta Antimanicomial faz parte da trajetória da Reforma, ampliando as discussões sobre a saúde mental, questionando as condições de confinamento dos pacientes nas instituições psiquiátricas. A discussão ganhou espaço na mídia, tornando-se eminentemente pública, o que impeliu a tomada de providências, tanto por parte do poder público quanto por parte da sociedade civil organizada, que não pôde mais acovardar-se diante de tal absurdo.

Dessa forma, a Luta Antimanicomial traduz os anseios dos profissionais que atuam na saúde mental, propondo a reinserção do doente mental na sociedade e devolvendo-lhe a cidadania por tanto tempo negada. Essa luta tem encontrado uma série de obstáculos que vêm impedindo a sua efetiva implementação no território brasileiro, não sendo raro encontrar a predominância do modelo asilar nos hospitais psiquiátricos. (PAULIN; TURANO, 2004)

Há muito se questionava a assistência terapêutica e a garantia dos direitos dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, muitas vezes, esses direitos eram violados, e que se tinham divulgado na mídia eram denúncias de tratamentos desumanos e transgressões de direitos. (ALVARENGA; NOVAES, 2007)

No Brasil, de acordo com Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), a Reforma Psiquiátrica sofreu influência da Psiquiatria Comunitária, que redirecionou os objetivos da psiquiatria em direção a uma perspectiva mais social e preventiva. Tal

postura foi contrária ao modelo hospitalocêntrico vigente, ao criticar a sua ineficiência, o custo crescente e a precariedade do serviço. (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012)

Na concepção de Bosi (2012), a desinstitucionalização é a premissa da Reforma Psiquiátrica, que busca desenvolver uma nova política pública de atenção à saúde mental, sendo que não se trata de uma simples desospitalização, mas pauta-se principalmente na desconstrução do paradigma da loucura e do reducionismo orgânico

A desinstitucionalização neste contexto busca uma reorganização sanitária nos serviços de saúde e nas práticas de tratamento, propondo a construção de uma nova política que vai além de ações pontuais de reversão da assistência psiquiátrica tradicional. (LUCENA; BEZERRA, 2012)

Diante dessa discussão Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), afirmam que a Luta Antimanicomial corresponde a um movimento em prol dos direitos das pacientes em sofrimento mental, que surgiu em decorrência de um engajamento político de entidades da sociedade civil que denunciavam os horrores dos manicômios e exigiam das autoridades medidas contra tais instituições. No Brasil, a mobilização dos ativistas do movimento antimanicomial culminou com a formulação de uma Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (LUCENA; BEZERRA, 2012)

Esta lei, também chama de Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, foi promulgada perante a proposta de proteger e garantir os direitos dos pacientes portadores de algum transtorno mental, visando a regulamentar as instituições psiquiátricas para que percam seu caráter manicomial. A aprovação desta Lei representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, naquilo que se denominou reforma psiquiátrica. (PAULIN; TURATO, 2004)

A Lei Paulo Delgado, considerado um marco na Reforma Psiquiátrica Brasileira define que pacientes com transtornos mentais têm o direito de ser tratada em convívio com sua comunidade, por meio de serviços substitutivos de saúde mental, restringindo assim o processo de internação psiquiátrica desse paciente. (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011)

De acordo com esta Lei, a assistência a ser oferecida aos pacientes portadores de transtornos mentais, inclui serviços médicos, psicológicos, de assistência social, de lazer, sendo proibidas as internações, em instituições

pautadas no modelo asilar, onde o paciente permaneça um longo tempo hospitalizado ou que caracterize situação de grave dependência institucional. (PAULIN; TURANO, 2004)

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial se configuram enquanto mudanças no modelo organizacional da instituição psiquiátrica, sendo que representam aspectos significativos ao delimitar um novo horizonte para uma determinada sociedade. Esta última vem sendo marcada pela desumanização do homem, com o advento de uma lógica de controle social impessoal e centrada exclusivamente no resultado econômico e técnico. (LUCENA; BEZERRA, 2012)

4.3 O MOVIMENTO DE DESOSPITALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

No Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos datam de 1852, sendo que foi o imperador D. Pedro II, que instalou o primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. No hospício D. Pedro II, os doentes eram vítimas das camisolas de força, os jejuns impostos a agressões, maus tratos e até assassinato. (PAULIN; TURATO, 2004). No hospital psiquiátrico de Olinda, a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada e no Pará o beribéri era uma das mais importantes causas de morte. (PAULIN; TURATO, 2004)

Segundo Borba *et al.* (2012), os hospitais psiquiátricos desse período tinham como público não somente os pacientes com problemas mentais, mas também pessoas que desvirtuavam a ordem social, tais como as prostitutas, os vagabundos, os viciados, os homossexuais, assim sendo, os hospitais buscavam combater a ociosidade, considerada pela sociedade como um atentado à virtude e a moral. Assim, ainda de acordo com Borba *et al.* (2012), pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à Proclamação da República como marco divisório entre psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que evocara a si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde mental como a gravidade exigida pela situação. (PAULIN; TURATO, 2004)

Nos hospitais psiquiátricos condições como deficiência de pessoal, falta de

estrutura física, superlotação, atividades ocupacionais monótonas e vazias de sentido eram alvo de críticas. Em 1941 predominavam os hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Hospitais psiquiátricos como o hospital de São Pedro da cidade de Porto Alegre, o Hospital dos Alienados da cidade do Rio de Janeiro e o Hospital Juqueri da cidade de São Paulo, orientavam a assistência no país, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. (PAULIN; TURATO, 2004)

Em 1946, o Decreto-Lei nº 8550, permitiu a realização de convênios entre os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, assim houve uma expansão dos hospitais públicos psiquiátricos. Segundo esse Decreto, cabia ao governo estadual arcar com o terreno, com os gastos com a folha de pagamentos e manutenção dos hospitais, sendo que o governo federal ficava encarregado da construção e instalação de toda a estrutura física. (LUCENA, BEZERRA, 2012)

Esse Decreto permitiu um aumento significativo na construção de hospitais psiquiátricos, nos mais diversos estados, tais como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas, que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. (PAULIN; TURATO, 2004). Estes hospitais, na maioria das vezes eram muito precários e afastados dos centros urbanos. No entanto, os investimentos financeiros não tiveram como contrapartida a melhoria da assistência, já que segundo Paulin e Turato (2004) na década de 50 era visível a situação de excesso de pacientes internados e entregues ao abandono.

Diante desse quadro, o modelo tradicional de assistência psiquiátrica oferecida não atendia as exigências terapêuticas buscadas pela sociedade brasileira e nem acompanhava os novos modelos técnicos e teóricos propostos por outros países, dentre eles a Itália, sendo que o maior questionamento se embasava na exclusão social, que consistia na principal função do hospital psiquiátrico. (LUCENA, BEZERRA, 2012). A sociedade se modernizava e Juscelino Kubitschek ao assumir o poder, implantou uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento. A democracia liberal atingia o apogeu e passou a exigir melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental. O hospital psiquiátrico privado passou a ser visto enquanto um novo ator institucional. (PAULIN; TURATO, 2004)

Segundo Ribeiro e Inglez-Dias (2011), com o regime militar em 1976, surgiram as mais diversas manifestações dos profissionais do setor de saúde, criticando as práticas e as condições de trabalho em que eram submetidos. Nesse contexto de manifestações, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que fez denúncias, exigindo melhorias das condições de trabalho. O MTSM criticou não só os processos de cronificação decorrentes das internações nos manicômios, como também, as práticas utilizadas para tratamento, como o eletrochoque. Reivindicaram a melhoria da assistência prestada aos portadores de transtorno mental e a humanização dos serviços de saúde mental. O movimento destes trabalhadores deu início a uma greve que durou oito meses, no ano de 1978, alcançando uma grande repercussão na sociedade, com apoio da imprensa. (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011)

Paulin e Turato (2004) enfatizam que a questão em discussão era de que a instituição psiquiátrica condena o paciente ao isolamento, produzindo uma cronificação, impossibilitando que o indivíduo tenha condições para o retorno à convivência social. Dessa forma, o manicômio é avaliado sob a ótica da não resolutividade nas ações terapêuticas. Neste aspecto, o processo de construção do sujeito, mediado pelas categorias de afetividade, consciência e identidade é irremediavelmente perdido, condenando o portador de transtornos mentais à morte em vida. No 5º Congresso de Psiquiatria, realizado ainda no ano de 1978, o debate não se limitou saúde mental, mas principalmente sob o regime político brasileiro, onde se propunham políticas que iam de encontro com as propostas dos movimentos sociais. (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011)

No ano de 1979, é realizado o 1º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde se discutiu esta articulação com os movimentos sociais, no ano de 1987 ocorre a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e do IIº Congresso Nacional do MTSM. Este Congresso contou com a presença de familiares e usuários dos serviços de saúde mental de São Paulo e do Rio de Janeiro. Com a presença marcante da sociedade nesses eventos, o movimento se ampliou e outros atores passaram a lutar pela busca de novas práticas e políticas no âmbito da psiquiatria e do cuidado em saúde mental. (PAULIN; TURATO, 2004)

Ribeiro e Inglez-Dias (2011) salientam que as condições das instituições psiquiátricas tais como se apresentavam e se apresentam ainda nos tempos atuais, foram consideradas pelo MTSM como um caso extremo de condicionamento do

sujeito, com caráter de controle e subjugação, assim surge o questionamento da contradição existente com a presença dos hospitais psiquiátricos: ele foi criado para tratar e cuidar da saúde mental ou para controlar e excluir o doente mental?

Essa contradição escancara a perversidade do tratamento com o ser humano portador de transtorno mental. O hospital psiquiátrico, enquanto uma instituição total empreende a burocratização do comportamento, tais esforços encaminham-se no mesmo sentido que a crítica ao modelo burocrático tratada pela sociologia das organizações. Ou seja, a denúncia de um modelo epistemológico utilitarista e economicista, muitas vezes degradante da condição humana. O movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, busca soluções e propostas para um novo modelo institucional de tratamento a esses usuários. (SALLES; BARROS, 2007)

O ano de 1987 também foi denominado enquanto um marco nas conquistas daqueles que questionavam as relações de estigma e exclusão da nossa cultura quanto aos pacientes com transtornos mentais. Neste ano o Movimento de Luta Antimanicomial, foi consolidado, na cidade de Bauru, sendo ainda lançado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio, com o lema: Por uma sociedade sem manicômios. (BOSI *et al.*, 2012)

Ainda na perspectiva de Bosi *et al.* (2012), novos serviços vem sendo criados e implantados dentro da ótica da Reforma Psiquiátrica, no entanto muitos dessas novas modalidades assistenciais, precisam ter seus serviços e resultados avaliados, principalmente no que diz respeito à qualidade e resolutividade das ações. O suporte psicossocial para os pacientes em suas comunidades constitui-se num desafio a ser superado pelas políticas públicas de saúde mental, pois requer estruturas de suporte social e serviços de reabilitação permanentes, devido às dificuldades dos pacientes na realização das atividades cotidianas e nas relações sociais. Assim se objetiva não somente a redução dos sintomas, mas a melhoria no desempenho de papéis e no funcionamento social dos pacientes portadores de transtornos mentais graves. (BOSI *et al.*, 2012)

À partir da crítica ao tratamento da doença mental e dos serviços substitutivos que passaram a ser criados provocando mudanças na ótica como as políticas de saúde mental vem sendo colocadas em prática, estimulando a efetivações de ações de articulação de um rede de serviços de saúde, estimulando ações pautadas na noção de território, no sentido de promover a reinserção dos pacientes em

sofrimento mental hospitalizados há anos, promovendo ainda a desestigmatização e o cuidado efetivo desses pacientes.(SALLES; BARROS, 2007)

4.4 NOVOS DISPOSITIVOS EM SAÚDE MENTAL E A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS

A Reforma Psiquiátrica vem avançando principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Após o SUS, os municípios se tornam os principais responsáveis em viabilizar e executar as ações de assistência à saúde, visando atender os direitos dos usuários. No campo da saúde mental os municípios assumiram as maiores responsabilidades na assistência, sendo que exigiram dos Estados e do Governo Federal, o fornecimento de técnico-operacionais que lhes permitissem implantar e implementar seus serviços de saúde mental. (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003)

Segundo Ribeiro e Inglez-Dias (2011), os novos modelos de atenção psicossocial para paciente em sofrimento mental, buscam acolher com qualidade, agindo na direção contrária ao modelo obsoleto e agressivo dos manicômios. O novo modelo da Reforma pretende substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos por serviços de menor complexidade tecnológica e maior complexidade no cuidado aos pacientes e no suporte prestado aos seus familiares. A proposta se baseia na troca do ambiente hospitalar, com maior acesso a recursos de emergência, por um ambiente comunitário e ambulatorial mais adaptado às necessidades individuais e familiares, há assim a troca da escala pela qualidade das ações. (NASI; SCHNEIDER, 2011)

Os profissionais de saúde mental passam então a trabalhar em busca de uma maior complexidade e maior intensidade no trabalho multiprofissional. A substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços ambulatoriais e comunitários passa a acontecer de forma regulada, envolvendo a criação de novos serviços assistenciais de atenção psicossociais, dentre eles destacam-se, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência, os consultórios de rua, os leitos psiquiátricos hospitalares, dentre outros serviços. (BOSI *et al.*, 2012)

No ano de 2003, também como proposta da Reforma Psiquiátrica, foi

instituído o “Programa de Volta para Casa”, por meio da Lei nº10.708, este programa federal regulamentou a assistência à reabilitação psicossocial de pacientes acometidos com transtorno mentais com longo histórico de internação psiquiátrica, promovendo uma alta planejada e reabilitação destes pacientes. O programa permitiu que os pacientes pudessem retornar à sua vida social e familiar, recebendo tratamento psiquiátrico fora dos hospitais psiquiátricos. Com este programa os pacientes passaram a receber um tratamento mais humanizado. (LUCENA, BEZERRA, 2012)

Segundo Lucena e Bezerra (2012), o Programa de Volta para Casa, fornece um auxílio para o processo de reabilitação psicossocial com o propósito de oferecer assistência a esses pacientes, destinado a pacientes com histórico de mais de dois anos de internação psiquiátrica, sendo que esse paciente recebe um benefício mensal de R\$320,00 reais no período de um ano, para custear seu tratamento extra-hospitalar. Esse valor foi modificado pela Portaria 1511 de 24 de julho de 2013, que passou a fixar o valor do benefício em R\$412,00. (BRASIL, 2013a)

Além do Programa de Volta para Casa, o governo criou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que consiste num dos principais serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica. A principal proposta deste serviço é a de prestação de atendimento aos pacientes em sofrimento mental grave, evitando-se assim as internações psiquiátricas e articulando seus serviços com a comunidade, oferecendo a esses pacientes a inserção e/ou reinserção social. (LUCENA, BEZERRA, 2012)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), os CAPS se tornaram oficiais por meio da Portaria GM 224/92, que definia os CAPS enquanto "unidades de saúde locais e regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional" (BRASIL, 2004a, p. 2441).

Os CAPS hoje são regulamentados pela Portaria 336/2002, que inclui o CAPS no Sistema Único de Saúde e reconhece a amplitude de atuação e a complexidade dos serviços prestados em busca da substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2004b)

Os CAPS oferecem serviços terapêuticos dos mais diversos como: psicoterapia individual e grupal, atividades em oficinas terapêuticas, visitas

domiciliares, suporte aos familiares, por meio de orientações e da inclusão das famílias nas atividades desenvolvidas, acompanhamento psiquiátrico e demais atividades de inserção na comunidade. Sua equipe é multiprofissional, compostas por enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, dentre outros. (BRASIL, 2004b)

O aparato de normas e legislações que envolvem o CAPS enquanto eixo estratégico da Reforma Psiquiátrica, busca a adoção de novas práticas clínicas e terapêuticas. Cada usuário do serviço passa a ter um projeto terapêutico singular, que são elaborados pela equipe, juntamente com os usuários e familiares. Estes usuários, segundo Nasi e Schneider (2011) serão inseridos nas atividades desenvolvidas pela Unidade, conforme a modalidade de atendimento prevista em seu Projeto Terapêutico. As modalidades de atendimento classificam-se em: regime intensivo (quando o usuário comparece todos os dias à Unidade), semi-intensivo (quando o usuário comparece somente alguns dias) e não-intensivo (quando o comparecimento fica restrito a poucos dias no mês, na maioria das vezes, apenas para acompanhamento rotineiro pelo psiquiatra). Essas modalidades de atendimento podem sofrer mudanças conforme a evolução de cada usuário. (BRASIL, 2004b)

Os CAPS, assim como os demais serviços substitutivos de saúde mental, buscam tratar e amenizar as crises dos pacientes com psicoses e neuroses graves, recuperando a autonomia destes pacientes e os reinserindo nas atividades do cotidiano. Os usuários dos CAPS retornam às suas casas todos os dias, assim evita-se a quebra dos laços sociais e familiares. De acordo com Nasi e Schneider (2011), os CAPS devem trabalhar em articulação com os demais serviços de saúde oferecidos pelo território, fornecendo suporte e supervisão à rede básica de saúde, envolvendo-se ainda em ações intersetoriais de cultura, lazer, trabalho e educação.

Conforme a Portaria GM nº3088/11 republicada em maio de 2013, os CAPS atendem a diversas modalidades de acordo com a necessidade de cada território, os CAPS I, atendem a pacientes de todas as faixas etárias, em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves, com horário diurno de funcionamento, indicados para regiões em saúde ou municípios com população acima de 15 mil habitantes. Os CAPS II atendem a população atendida pelos CAPS I, sendo indicados para municípios ou regiões de saúde com populações acima de 70 mil habitantes. Os CAPS III atendem a população atendida pelos CAPS I, no entanto

funcionam durante 24 horas, inclusive aos finais de semana e feriados, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD (CAPS Álcool e Drogas) sendo indicados para municípios ou regiões de saúde com populações acima de 150 mil habitantes. (BRASIL, 2013b)

Os CAPSi são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia e os CAPS ad destinados para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia. Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Esta Portaria (BRASIL, 2013b) dispõe ainda sobre a rede de atenção psicossocial de acordo com o porte dos municípios, com os CAPS que podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infante-juvenil (CAPSi). Os CAPS AD I atendem pacientes de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo indicados para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

Os CAPS AD III atendem a população atendida pelos CAPS AD I, no entanto funcionam durante 24 horas, inclusive aos finais de semana e feriados, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, sendo indicados para municípios ou regiões de saúde com populações acima de 150 mil habitantes. Os CAPS i atendem a crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, sendo indicados para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2004b)

Toda essa rede de serviços busca desmistificar a loucura, dentro de uma ótica contrária ao enclausuramento, pois quando se nega a loucura e a isolamos, estamos privando pessoas do convívio social. Fazemos com que pacientes acometidos com problemas mentais percam o status de cidadãos, e ao perder este status perdem juntamente seus sonhos e desejos.

4.5 AÇÕES EDUCATIVAS PARA OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DO CAPS REALIZADAS PELA EQUIPE

Assim como descrito no item anterior, os CAPS funcionam enquanto uma “porta de entrada” de toda a rede de saúde mental e serviços a serem disponibilizados para os usuários em sofrimento mental, eles se preocupam em oferecer uma atenção integral aos pacientes em crise, sendo que se pauta em ações intersetoriais tais como de assistência social, educacional, judicial, habitacional. O objetivo é a inclusão social e a manutenção dos laços familiares e da sociedade. (BOSI *et al.*, 2012)

A partir do momento em que a proposta é a de fechamento progressivo e gradual dos hospitais psiquiátricos e se criam serviços substitutivos nos municípios, esses pacientes se mantêm em sua comunidade e no convívio com os familiares. No entanto, nem sempre essa convivência é fácil e na maioria das vezes, a convivência com um familiar portador de uma doença mental se torna uma relação permeada de conflitos diários. (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011)

Cuidar de um familiar em crise, que tem delírios, alucinações, que em determinados momentos tem comportamentos agressivos, traz um sofrimento para a família e um desgaste para quem fica responsável pelos seus cuidados. Na concepção de Borba *et al.* (2012), quando uma familiar adocece mentalmente, toda a convivência familiar muda de configuração, trazendo ansiedade e preocupação no ambiente. Esta situação gera uma desorganização do funcionamento familiar, associado ao estigma, ao preconceito e a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico. (BORBA *et al.*, 2012)

Duarte e Kantorski (2011), corrobora com Borba *et al.* (2012), afirmando que a família tem dificuldade de lidar com seus preconceitos e com os preconceitos da sociedade, sendo que precisa aprender a lidar com o imaginário da periculosidade e incapacidade do louco. Trata-se então de um desafio para os familiares que cuidam de um paciente com doença mental. Esse cuidado exige o enfrentamento de estigmas, sentimentos e valores, em busca de uma mudança de olhar, sendo necessário ver esse familiar não somente no contexto de sua doença, mas enxergá-lo como uma pessoa que pode ser desenvolvida em suas potencialidades e capacidades, que pode se tratar e conviver em sociedade. (DUARTE; KANTORSKI,

2011)

Segundo Borba *et al.* (2012), a inclusão dos pacientes em serviços de saúde mental, traz à família a sensação de acolhimento, pois elas realmente passam a se sentir “ouvidas” em seu sofrimento, os CAPS, tem como tarefa buscar a família para junto do usuário, promover essa ressignificação das relações que se encontram desfaceladas pelos embates diários, confrontos decorrentes da crises, agressões físicas e verbais vivenciadas quando o paciente está em crise.

A família deve ser entendida enquanto uma unidade de cuidado, pois ela se torna a principal cuidadora de seus membros quando estes passam por processos de adoecimento. Os profissionais do CAPS dão suporte ao paciente adoecido, orientando, apoiando e fortalecendo essa família que se encontra fragilizada. Assim sendo, o tratamento com o usuário do CAPS, não se restringe a medicamentos, mas, também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar. (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011)

Os familiares precisam de suporte da equipe do CAPS e de orientações quanto à doença mental, quanto aos sintomas, aos principais sinais de crise e as atitudes esperadas. Há ainda que se proporcionar o conhecimento acerca das possibilidades de estabilização do quadro, em caso de permanência do tratamento, além disso, é preciso trabalhar com as famílias a quebra dos preconceitos acima citados. (DUARTE; KANTORSKI, 2011)

Os familiares são fundamentais no tratamento e na integração do paciente. O impacto inicial da notícia de que alguém da família tem algum tipo de doença mental é bastante doloroso. (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011). Como exemplo, a esquizofrenia é pouco conhecida e com desinformações, levando as pessoas a se sentirem perplexas e confusas. Apoio e compreensão são necessários para que ele possa ter uma vida independente e conviva satisfatoriamente com a doença. Diante desta discussão, há que se afirmar que promover ações educativas junto aos familiares dos usuários dos CAPS, estreita os vínculos e o respeito mútuo. (DUARTE; KANTORSKI, 2011)

Todo esse trabalho com os familiares deve ser buscado pela equipe do CAPS, uma vez que, de acordo com Duarte e Kantorski (2011), é no convívio familiar, na utilização de estruturas externas totalmente substitutivas à internação manicomial, que se torna possível a integração do indivíduo acometido por doenças

mentais à sociedade. A família é o suporte indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que as constituem. É nesse ambiente que seus membros recebem o apoio afetivo, psicológico e, sobretudo material, necessário ao seu crescimento e desenvolvimento. A transmissão de valores éticos e humanos, a formação de hábitos e crenças, ocorre principalmente no meio familiar. (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011)

Ao se colocar a família no processo de implicação com o cuidado desse familiar, neste contexto de redes de suporte em saúde mental, inicia-se um novo processo de cuidado que agora não é vivenciado pela família solitariamente, trata-se agora de um cuidado compartilhado. Quando a equipe passa a ter a família enquanto parceira neste processo, as ações em saúde mental se tornam mais efetivas e o indivíduo adoecido realmente se percebe inserido em seu meio. (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011)

A questão da promoção de ações educativas para os familiares torna-se mister nesse processo. A construção de dispositivos de suporte e a criação de mecanismos para facilitar a participação e a integração da família são fundamentais. Neste processo educacional com as famílias, o cuidado e a atenção disponibilizados pela escuta da equipe do CAPS atuam como catalizadores do sofrimento vivenciado pela doença. (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011)

Segundo Camatta *et al.* (2011), para que a família possa elaborar sentimentos e se reorganizar é preciso que receba todas as informações a respeito das doenças mentais, estas informações dizem respeito às causas do sofrimento mental, aos principais sintomas apresentados pelos familiares, às formas de abordagem de tratamento e de convivência.

Camatta *et al.* (2011) enfatizam ainda que a família precisa conhecer que existe possibilidade de tratamento fora dos hospitais e das internações e que se esse tratamento for aliado a espaços de socialização de experiências contribui muito para o reestabelecimento emocional de toda a família. Com uma maior compreensão da família acerca da complexidade do quadro psiquiátrico do paciente, ela descobre que existe a possibilidade de criação de estratégias eficazes de enfrentamento da situação de crise e para a manutenção de uma vida mais digna para esse familiar em sofrimento mental.

Esse trabalho em busca da inserção da família atende a lógica das novas diretrizes nacionais de tratamento para pacientes portadores de transtornos mentais.

Conforme proposto pelas diretrizes, os profissionais de saúde mental devem trabalhar diretamente com as familiares dos usuários dos serviços de saúde mental, no entanto, para isso, é necessário que estes profissionais estejam preparados para atender à demanda apresentada, sendo que sua atuação não pode ocorrer de forma linear, unidirecional, devendo ser compartilhada, numa lógica de respeito, inclusão e de cuidado qualificado. (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011)

As ações educativas a serem realizadas pela equipe do CAPS podem ser desenvolvidas por meio de reuniões familiares, visitas domiciliares, assembléias, atendimentos individuais, atendimentos grupais e até mesmo nas festividades realizadas nas datas comemorativas. Todas essas atividades buscam não somente inserir as famílias no tratamento, mas também promove conhecimentos, aprendizado em busca de um novo olhar sobre a saúde mental. (FURTADO, 2006)

Muitas vezes, as famílias desconhecem os serviços existentes e a possibilidade de estabilização de um quadro psiquiátrico, assim, ao conhecer a proposta de serviços como o CAPS, elas passam a compreender que é possível o tratamento dentro do próprio território. (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011)

As intervenções familiares realizadas durante as atividades da equipe do CAPS trazem a oportunidade de expressar seus sentimentos e angústias, compartilhar as experiências, torna possível o esclarecimento de dúvidas, assim a família se sente cuidada e apoiada, passa a conhecer as atividades oferecidas pelo serviço e as possibilidades terapêuticas. (CAMATTA *et al.*, 2011)

Segundo Furtado (2006), a inclusão das famílias no tratamento desses pacientes promove a reestruturação dos vínculos, diminui a culpabilização, demonstrando que é possível construir uma aprendizagem no cuidado em saúde mental, a família então passa à condição de parceira, de sujeito em um projeto de construção de ressignificações e reinserção social. Assim sendo, as ações dirigidas às famílias permitem a construção de um novo espaço social, onde as diferenças são aceitas e respeitadas. Mas para a efetivação desta prática é necessário compreender que esta família vem passando por um longo processo de estigmatização, de conflitos. (DUARTE; KANTORSKI, 2011)

A família deve ser convocada a essa co-responsabilização, ao cuidado do usuário, pois a construção deste cuidado é coletiva, envolvendo práticas e inventando novos modos de atenção em saúde mental. Quando a família passa a trocar informações com a equipe e se torna parceira no cuidado do paciente temos

então a construção de um novo saber pautado na ação e na aceitação e principalmente na acolhida do sofrimento humano. (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011)

Esse protagonismo familiar pode acontecer em diversos momentos no dia a dia do CAPS. Durante as oficinas, ao usuário e à família é permitida a construção de territórios existenciais e a reinvenção da vida. Quando a família participa das oficinas, o usuário se sente amparado e constrói conexões com o trabalho, lazer, amigos, o que amadurece as relações sociais e os vínculos familiares. (FURTADO, 2006)

Dessa forma, considera-se que com as ações educativas da equipe, como as oficinas, pode ser oferecida a oportunidade de produção do conhecimento, pois as famílias passam a compreender um modo de cuidar e de promover a subjetividade do paciente portador de sofrimento mental, respeitando as dimensões individuais, coletivas e culturais deste. (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011)

As atividades de visita domiciliar também são estratégias onde a inserção familiar consiste no aprendizado desse novo cuidado, já que nestas visitas tanto a equipe como a família, passam a compreender a dinâmica familiar e as relações desta dinâmica com as novas possibilidades de inserção desse paciente em tratamento. (NASI; SCHNEIDER, 2011)

Os atendimentos individuais e grupais fornecidos pelo CAPS permitem uma escuta da família, acolhem o sofrimento e a atenção oferecida permite a promoção da saúde, já que assim a família constrói uma parceria com a equipe e se disponibiliza a um trabalho conjunto. Nesses atendimentos, o contato com a família se estreita, existe a discussão das dificuldades, o familiar ajuda a construir um conhecimento acerca das estratégias a serem desenvolvidas no tratamento deste paciente. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

Quando a família participa dos eventos promovidos pelo CAPS, existe a possibilidade da equipe conhecer os familiares. Assim, os atendimentos, as oficinas, as visitas são facilitadores do processo de tratamento, consistindo em um espaço de construção de conhecimento e permitindo à equipe fazer intervenções não somente com os usuários, mas junto às famílias, pois todas essas ações permitem a inserção da família no sentido de promover ações educativas e de assistência no cuidado com o usuário.

O estreitamento das relações entre usuários, familiares e equipe permite o aprimoramento das relações e se constitui num espaço de troca de experiências. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde mental nos modelos atuais exige uma mudança de postura dos profissionais e das famílias para que o paciente em sofrimento mental tenha garantida sua autonomia e seu direito de viver em sociedade. Ao se propor esses novos modelos, verificamos que as políticas em saúde mental têm buscado romper a lógica do encarceramento, do isolamento proposto anteriormente para a loucura.

A luta antimanicomial e os processos de desinstitucionalização deixaram nítida a necessidade de criação de modelos substitutivos e a constituição de uma rede de serviços de saúde mental para que os hospitais psiquiátricos fossem gradativamente dando lugar a serviços territoriais, como ambulatórios, CAPS, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua e ações na Atenção Primária. Todos esses serviços tinham como proposta o remanejamento dos gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar, para a construção de uma rede que oferecesse um serviço mais humanizado e eficaz.

O objetivo dessa rede de atenção psicossocial é propiciar aos usuários dos serviços de saúde mental, um acompanhamento terapêutico, junto à suas comunidades, assim os pacientes têm acesso direto aos serviços oferecidos pelo município e promove-se a inserção social, até mesmo no mercado de trabalho.

Todo esse trabalho realizado com o paciente busca quebrar estereótipos e paradigmas que sempre permearam a questão da loucura e da saúde mental. Pois o imaginário social sempre teve a visão do doente mental como alguém perigoso, nocivo e que por esse motivo deveria viver à margem da sociedade. Dentro dessa percepção, observa-se que poucos foram os esforços para modificar e romper essas crenças e preconceitos.

A existência de serviços substitutivos como o CAPS busca a participação dos profissionais, dos usuários, da sociedade civil em busca de um repensar sobre a doença mental e exige uma concepção de aceitação e respeito ao paciente desinstitucionalizado. Esses serviços demonstram que existem possibilidades de tratamento para além da internação psiquiátrica, dentro de uma proposta da desinstitucionalização, provendo a ideia de interdisciplinaridade, acolhimento, cuidado.

Neste contexto de desinstitucionalização e reinserção social deve-se buscar na família as ações colaborativas e parceiras no tratamento do paciente em sofrimento mental, considerando que se deseja construir uma nova relação desse paciente com o mundo, oferecendo-lhe a possibilidade, antes tão negada, de conviver, de se sentir parte da sociedade.

Quando a família passa a fazer parte do tratamento do paciente do CAPS, aconselha-se que esta deve ser acolhida pela equipe do serviço, devendo conhecer um pouco mais sobre: a doença mental, as perspectivas de tratamento, e o manejo diário para lidar com o processo do tratamento. A equipe do CAPS tem essa tarefa de inserir a família no tratamento e promover esse estreitamento das relações.

Compreende-se que torna fundamental entender o paciente dentro de uma dinâmica de sua relação com seus familiares, para poder conseguir um melhor resultado no tratamento, não focando apenas no paciente, mas em todo o contexto que ele está envolvido. O apoio à família deve ser uma ação direcionada para o diálogo e o conhecimento dos conflitos familiares, a fim de conseguir direcionar as ações educativas para um caminho da construção da autonomia e da inserção social do paciente em sofrimento mental.

As ações educativas para os familiares dos pacientes atendidos pelo CAPS se constituem enquanto pilares para a manutenção do paciente em tratamento, pois os usuários passam a se sentir respeitados, integrados à vida em família e em sociedade. O trabalho da equipe junto às famílias demonstra o compromisso com o propósito de promover uma assistência integral ao usuário deste serviço.

A partir desta relação mais efetiva da equipe, com os usuários e familiares, a família, passa a compreender que apesar das limitações impostas pelo sofrimento mental, o usuário é sempre um sujeito de potencialidades, consciência, liberdade e responsabilidade. Com uma atuação mais incisiva junto aos familiares é possível ter a família como co-responsável pelo cuidado, diminuir o estigma carregado por ter um familiar em sofrimento mental e devolver neste usuário, o status de cidadão.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L.T.; NOVAES, C.O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.571-593, abr.-jun. 2007.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde - 5. Edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1511, de 24 de julho de 2013**. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Republicação da Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BORBA, L.O. *et al.* Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dez. 2012.

BOSI, M.L.M. *et al.* Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012.

CALOMENI, T.C.B. A "secreta fundação" da psiquiatria: considerações sobre a análise foucaultiana da história da loucura. **Fractal-Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Abr. 2010.

CAMATTA, M. W. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011.

CORREIA, L.C.; LIMA, I.M.S.O.; ALVES, V.S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Set. 2007.

DUARTE, M.L.C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, Fev. 2011.

FÉ, I.M. A doença mental e autonomia. **Revista de Bioética**, v. 6, n. 1, p. 71-9, 2004.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 75-91, 2004.

FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

GAMA, J.R.A. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012.

GOULART, M.S.B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n.1, 112-120, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

LUCENA, M.A.S.; BEZERRA, A.F.B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Set. 2012.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos da metodologia científica. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA R.C.C.P., GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, out/dez. 2008. p. 758-64.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, Dez. 2003.

MORORO, M.E.M.L.; COLVERO, L.A.; MACHADO, A.L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011.

NAGAOKA, A.P.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Ago. 2011.

NASI, C.; SCHNEIDER, J.F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 241-258, maio/ago.2004.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011.

RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, Mar. 2007.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008.

SERPA Jr., O.P. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4675-4683, 2011.

QUEIROZ, M.S.; DELAMUTA, L.A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, Ago. 2011.

VIDAL, C.E.L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E.D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008.

WEYLER, A.R. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário**, São Paulo. v.12, n.13, p. 381-395, jul/dez. 2006.

ANEXO II

Fichamento das publicações relacionadas às temáticas da Reforma Psiquiátrica, do CAPS e ações junto aos familiares dos pacientes com transtorno mental, segundo autor/ano de publicação, objetivos do estudo, método utilizado e resultados apresentados.

Nome	Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultado/Conclusão
Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor	ALVARENGA, L.T.; NOVAES, C.O., 2007.	Este estudo analisa a relação de cooperação firmada no município de Barbacena (MG) entre gestor público e uma instituição do terceiro setor, na construção e gestão de residências assistidas, uma estratégia de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.	Trata-se de um estudo exploratório que busca realizar uma análise das estratégias usadas pelo município de Barbacena no processo de reforma psiquiátrica local e entender os mecanismos sobre os quais ele se apóia, bem como seus impactos e efeitos.	A experiência de cooperação segue a tendência de inovação na gestão do setor saúde, indicando uma preocupação pela preservação das diretrizes da reforma psiquiátrica. Com base no exposto, aponta que a experiência de cooperação entre gestor público e terceiro setor na implantação e manutenção de residências assistidas, em Barbacena, tem indicado a tendência do poder público local a desenvolver ações comprometidas com os pressupostos da reforma psiquiátrica, propiciando agilidade e qualidade, bem como certo grau de sustentabilidade do projeto.
A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa	ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S., 2007.	O objetivo principal desse artigo é avaliar o processo de desospitalização no interior da reforma psiquiátrica, conforme sua manifestação no Município de Andradadas, Minas Gerais.	Através de uma perspectiva qualitativa, foram analisadas as representações sociais dos profissionais de saúde do programa do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) desse município, sob os seguintes aspectos: as condições de trabalho, envolvendo o trabalho interdisciplinar; a eficácia do tratamento e os benefícios para o paciente; as dificuldades e obstáculos enfrentados no dia-a-dia; as críticas ao sistema de	Segundo a pesquisa, a equipe de saúde do CAPS de Andradadas reconhece, teoricamente, a complexidade do adoecer psíquico, admitindo, nesse sentido, os fatores bio-psicossociais que permeiam sua constituição. Tal reconhecimento, no entanto, continua pressupondo a hegemonia do saber médico, que submete a equipe de saúde à sua lógica dominante e, enfraquece a dimensão cuidadora do programa. Apesar dos obstáculos mencionados, no contexto do CAPS de Andradadas, há uma tendência de crescimento da reforma psiquiátrica, em sentido mais amplo, e do trabalho

			saúde e ao modelo de desospitalização.	interdisciplinar, em sentido mais estrito. Os profissionais entrevistados revelaram perceber positivamente o atendimento e as práticas interdisciplinares no interior do processo de desospitalização.
Legislação em Saúde Mental: 1990-2004	BRASIL/ MS. 2004a.	O objetivo desta publicação é reunir as legislações de Saúde Mental, do período de 1990 a 2004, tornando-o acessível a todos os segmentos sociais e gestores da saúde envolvidos com o tema, buscando contribuir para a efetiva implementação dessas medidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Reunião dos atos legais que norteiam o processo da Reforma Psiquiátrica, tais como: a Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal sobre as Cooperativas Sociais, leis, estaduais, portarias do MS, resoluções e deliberações acompanhadas de um breve comentário elucidativo, acrescentando-se, pela sua relevância, a Declaração de Caracas (1990).	Esta publicação fornece uma visão de conjunto do esforço normativo no período 1990 – 2003. Ele leva em conta que os documentos aqui incluídos obedecem ao critério editorial de sua relevância, atualidade e eficácia, constituindo uma seleção – susceptível de críticas, como em qualquer antologia de textos – capaz de ajudar na compreensão do esforço de construção da agenda de saúde mental no SUS nesse período.
Portaria nº 1511, de 24 de julho de 2013	BRASIL/ MS. 2013a.	Apresentar o reajuste do valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.	Este trabalho consiste numa publicação do Ministério da Saúde.	Esta Portaria determina que fique reajustado para R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, devendo onerar o orçamento da Funcional Programática 10.303.2015.20AI.0001 - Auxílio- Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no SUS (De Volta Para Casa).
Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial	BRASIL/ MS. 2004b.	Esta publicação tem a intenção de ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS sobre o modo de funcionamento dos CAPS.	A metodologia foi descritiva baseada em relatórios e demais bibliografias a respeito da saúde mental.	De acordo com este trabalho verifica-se que os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Conclui-se com este trabalho, que vale a pena investir nos CAPS, que vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, como componente estratégico de uma política destinada a

				diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves.
Republicação da Portaria GM n° 3088, de 23 de dezembro de 2011	BRASIL/ MS. 2013b.	Esta publicação tem a intenção de instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Este trabalho consiste numa publicação do Ministério da Saúde.	Este trabalho discute as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Conclui-se que a Rede de Atenção Psicossocial, tem a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental	BORBA, L.O. <i>et al.</i> , 2012.	O objetivo do estudo foi descrever a percepção de familiares e de portadores de transtorno mental sobre a assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial.	Esta pesquisa foi realizada com o método da história oral temática e desenvolvida no ano de 2009, em Curitiba, com oito colaboradores pertencentes a três famílias que tinham um integrante com transtorno mental. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, analisados e apresentados de maneira descritiva.	Os colaboradores consideraram os serviços extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial e os ambulatórios de saúde mental, estratégias inovadoras, e mencionaram o atendimento por equipe multiprofissional, a mediação de conflitos familiares e o princípio de territorialidade. Destacaram o acompanhamento do portador de transtorno mental pela Unidade Básica de Saúde e ressaltaram a importância das associações na rede de saúde mental. Atribuíram à inclusão da família no tratamento a melhora na relação familiar e a aceitação da doença.
Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil	BOSI, M.L.M. <i>et al.</i> , 2012.	Este estudo tem a proposta de trabalhar dimensões subjetivas e psicossociais, objetiva interogar se e como as experiências desenvolvidas se constituem efetivamente	O percurso metodológico delineou-se na abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, em uma vertente críticointerpretativa, empregando como técnicas, entrevistas em profundidade associadas a grupos focais. A categorização	Os resultados revelam: ênfase no sujeito social doente, não mais na doença; acolhimento como fundamento propositivo das ações; co-produção de diálogos genuínos com múltiplos atores envolvidos; e construção da autonomia e fortalecimento do poder pessoal. Tais elementos evidenciam que as práticas de cuidado tecidas no cotidiano do

		como práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo.	analítica das informações foi construída a partir de um modelo fundado nas dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica, abrangendo distintos planos: epistemológico, assistencial, jurídico-política e sociocultural.	Movimento implicam desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, desse modo, contribuindo para a desinstitucionalização.
A "secreta fundação" da psiquiatria: considerações sobre a análise foucaultiana da história da loucura	CALOMENI, T.C.B., 2010.	Este artigo tem o objetivo de refletir sobre a História da loucura. Trata-se de um texto que dá início às análises histórico-arqueológicas de Michel Foucault.	O trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica dos textos de Foucault, onde este examina as distintas formas de percepção do louco até a instituição da loucura como doença mental.	Os textos de Foucault indagam sobre as condições históricas que favorecem o surgimento da psiquiatria como discurso científico sobre a loucura e a instituição do asilo como lugar de tratamento do louco.
Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família	CAMATTA, M. W. <i>et al.</i> , 2011.	O objetivo deste estudo foi avaliar um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva de familiares de usuários do serviço.	Foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando-se do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. A coleta ocorreu em um serviço de saúde mental de Porto Alegre em outubro e novembro de 2006, por meio de entrevistas com 13 familiares, posteriormente validadas em uma oficina de negociação.	Os dados foram agrupados e discutidos segundo as temáticas: ambiência, atividades terapêuticas, equipe, plasticidade, inserção da família, resultados da atenção psicossocial, políticas públicas e sociedade. A oficina de negociação dos dados foi um momento importante de discussão e reflexão sobre as temáticas que emergiram das entrevistas. Essa avaliação demonstra a importância em dar voz e em considerar os familiares como parceiros para a produção de uma atenção em saúde mental que coadune com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira.
Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos	CORREIA, L.C.; LIMA, I.M.S.O.; ALVES, V.S., 2007.	Este trabalho objetivou, portanto, discutir o direito à saúde dos internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) na perspectiva	Trata-se de uma revisão bibliográfica que discute os aspectos históricos da assistência psiquiátrica, do manicômio psiquiátrico e da política de saúde	A Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos HCTP. A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos <i>loucos</i> infratores tem favorecido uma

		dos direitos humanos.	mental contemporânea.	assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e a garantia dos direitos individuais previstos pela Constituição de 1988. Nesse sentido, considera-se fundamental estender os benefícios dessa legislação aos internos e egressos de HCTP, de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas.
Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial	DUARTE, M.L.C.; KANTORSKI, L.P., 2011.	Este trabalho objetivou avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo I, situado na Região Sul do Brasil.	O Círculo Hermenêutico Dialético foi utilizado como técnica de coleta de dados, método preconizado pela Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln. Temas como acolhimento, reuniões de familiares, visitas domiciliares e associação dos familiares surgiram nas entrevistas com os familiares do CAPS. Entrevistas e observações foram as técnicas utilizadas para a coleta de dados.	Constatou-se que a família é um parceiro no cuidado, facilitando o processo de reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental. O serviço também deve fazer um movimento para atrair e atender as necessidades desses agentes facilitadores do cuidado. Ressaltamos a relevância deste estudo, pois contribuiu para as concepções das famílias acerca da atenção oferecida aos familiares pelo CAPS, articulando teorias e práticas, propondo uma avaliação qualitativa, mostrando-lhes sua importância no direcionamento de melhorias na qualidade dos serviços prestados.
A doença mental e autonomia	FÉ, I.M., 2004.	O objetivo de texto é promover uma reflexão sobre o significado da loucura, da perda da razão, é feita uma discussão sobre os limites da autonomia dos pacientes psiquiátricos. A seguir, é abordada a complexa questão do tratamento psiquiátrico involuntário.	Trata-se de uma revisão de literatura, baseada numa pesquisa bibliográfica que discute a relação entre saúde mental e liberdade, saúde mental e cidadania, doença mental e direitos humanos.	O texto discute que se tornou inaceitável negar ao doente mental, a priori, o direito de tomar decisões acerca do próprio tratamento. É feita uma crítica ao modelo de atenção à saúde mental baseado na hegemonia do hospital. Em conclusão, é afirmado que a psiquiatria deve contribuir para o crescimento emocional e a superação das dificuldades de relacionamento interpessoal dos pacientes, e condenada sua utilização para cercear a liberdade ou restringir direitos.

A história da psiquiatria não contada por Foucault	FREITAS, F.F.P., 2004.	O artigo propõe uma revisão da abordagem da loucura e do nascimento da instituição psiquiátrica proposta por Foucault em <i>História da loucura</i> .	Trata-se de uma revisão de literatura, baseada numa pesquisa bibliográfica, tem por fim melhor responder a questões sobre a abordagem da loucura.	O trabalho discute que hoje se defende uma assistência psiquiátrica que englobe todos os aspectos da existência humana da clientela, que abranja todas as dimensões da vida cotidiana, como alimentar-se, dormir, relacionar-se com outros indivíduos, criar laços, amar, divertir-se, trabalhar, além de ser atendido por um clínico. O trabalho sustenta como terapêutica a instauração de um quadro coletivo que seja multiplicador de energias e promotor da sociabilidade; quando se pretende êxito lá onde o asilo fracassou, por meio da substituição dessa instituição.
Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	FURTADO, J.P., 2006.	Identificar e discutir questões determinantes do descompasso entre clientela potencial e oferta dessas residências nos diferentes municípios do País	Para a realização deste trabalho buscou-se os relatos dos atores sociais, como gestores e trabalhadores da assistência, por meio da análise de textos por eles escritos ou que registram seus respectivos debates realizados sobre o presente tema.	No decorrer do trabalho, discutiu-se que a despeito dos significativos avanços alcançados na reforma psiquiátrica brasileira, talvez não seja mera coincidência o ressurgimento desses fatores quando se busca identificar entraves à expansão de iniciativas, como os SRTs, dirigidas à superação da secular estrutura de exclusão da diferença presente em nossa sociedade. O trabalho conclui que os fatores estabelecidos, desde o início, como alvo principal da reforma psiquiátrica a necessidade de transformação das mentalidades em relação à loucura e a implicação dos gestores municipais são ainda atuais e determinariam os entraves para a expansão dos SRTs no Brasil.
A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas	GAMA, J.R.A., 2012.	O artigo faz uma leitura crítica de duas obras de Foucault, <i>A história da loucura</i> (2005) e <i>O poder psiquiátrico</i> (2006) com o objetivo de reabrir o	Para a tarefa são abordadas e discutidas duas obras de Foucault, <i>A história da loucura</i> e <i>O poder psiquiátrico</i> , e a obra de Gauchet e Swain, <i>Madness and democracy</i> .	Propõe que as concepções de base sobre o que é e como se construiu o campo teórico psiquiátrico definem as estratégias políticas e assistenciais de uma sociedade na sua relação com a loucura. Aponta as consequências diversas que essas

		debate sobre o tema e apontar as consequências clínicas, políticas e éticas de ambas as abordagens.		abordagens trazem para a reforma psiquiátrica brasileira.
A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização	GOULART, M.S.B.; DURÃES, F., 2010.	Investigar como o processo de Reforma da Política de saúde mental repercutiu no mais antigo hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, o Instituto Raul Soares, resultando em iniciativas institucionais que respondessem à crítica aos asilos e à cultura manicomial que emergiu desde os anos 60.	Trata-se de um esforço historiográfico, realizado em 2007, que trabalhou com fontes documentais e orais (entrevistas com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros), recuperando informações sobre as décadas de 60, 70 e 80. O referencial teórico foi o da Análise Institucional.	As iniciativas resgatadas permitem concluir que o papel do Instituto Raul Soares no cenário da assistência psiquiátrica mineira foi instigante em função da emergência de uma série de projetos sintonizados com as reformulações da assistência psiquiátrica em Minas Gerais. Mas isso não deve ser considerado como um dado dominante nessa instituição hospitalar. As experiências reformistas resgatadas, como particularidades, elucidam esforços de transformação que nos projetam sequencialmente nos paradigmas da psiquiatria social, da comunidade terapêutica e da clínica psicanalítica.
A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão	HIRDES, A., 2009	Contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira, a partir da revisão dos marcos políticos, teóricos e práticos.	Foram pesquisadas dissertações, teses, artigos em bases de dados (SciELO), livros sobre a temática e documentos oficiais (relatórios de conferências, leis, portarias) de 1990 a 2007.	Os resultados evidenciam os avanços e desafios da reforma psiquiátrica apontam para a necessidade urgente da capacitação dos operadores, a utilização da atenção básica; o financiamento da atenção básica; a adoção dos princípios da reforma psiquiátrica; clínica ampliada; projetos terapêuticos individualizados, construídos coletivamente, mediante abordagens inter/transdisciplinares; e a avaliação das práticas em curso. Finaliza apontando que os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental, que existem princípios orientadores gerais, mas, estão subordinados aos settings específicos onde

				ocorrem as práticas.
Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização	LUCENA, M.A.S.; BEZERRA, A.F.B., 2012.	Discutir algumas questões acerca de processos de desinstitucionalização que consideramos importantes para o diálogo com os gestores, especialmente aqueles que têm em seus territórios de atuação instituições psiquiátricas a serem desconstruídas.	Trata-se de uma reflexão teórica, por meio de revisão bibliográfica que traz indicativos referentes aos processos de qualificação dos trabalhadores de saúde mental, à desinstitucionalização como pauta para pactuação de gestão no SUS e à ação tripartite com responsabilização nas ações e financiamento.	A constituição do hospital psiquiátrico além de cristalizar determinadas concepções sobre a loucura ao longo do tempo determinou formas de operar com este fenômeno que ainda influencia a sociedade. Nas considerações finais as autoras reconhecem os obstáculos burocráticos no âmbito público e propõe como desafio gerencial o enfrentamento destes e a indução de processos de mudança que possam radicalmente se comprometer com a vida das pessoas, ampliando a dimensão da discussão para o campo ético.
Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico	MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R., 2003.	O objetivo do presente estudo é identificar e analisar as representações que usuários de um centro de atenção psicossocial constroem acerca do fenômeno tratamento psiquiátrico.	Foram entrevistados 11 usuários CAPS/Estação. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, onde os dados foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin, tendo como suporte referencial teórico-metodológico a teoria moscoviciana de representação social. Os temas, definidos a partir da análise dos dados, possibilitaram a estruturação de categorias.	Com base nos dados coletados concluiu-se que as representações de tratamento psiquiátrico estão fortemente ligadas ao uso do medicamento. Ao médico é dada a responsabilidade de medicar. A equipe de enfermagem é representada pela função de cuidador, e ao psicólogo é destinado o papel de ouvir e conversar. Instituições fechadas e violência no tratamento são apontadas nos depoimentos como fatores presentes na representação de tratamento psiquiátrico.
Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos	MORORO, M.E.M.L.; COLVERO, L.A.; MACHADO, A.L., 2011.	Analisar e descrever as potencialidades e dificuldades da equipe na construção dos projetos terapêuticos	As autoras utilizaram o método cartográfico e a técnica do grupo focal, do qual participaram trabalhadores de um CAPS III do município de Diadema-SP.	Na análise realizada a partir dos dados provenientes das discussões nos grupos focais, identificamos, sobretudo, a cisão entre a equipe noturna e a diurna e a falta de espaços sistemáticos de conversa para elaboração e discussão dos projetos terapêuticos. Conclui-se que, mesmo diante desses desafios, os trabalhadores esforçam-se em construir um trabalho permeado pelas proposições da reabilitação psicossocial e

				muitos questionaram pontos considerados falhos nesse processo de trabalho, o que evidencia a potência desses profissionais.
Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental	NAGAOKA, A.P.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F., 2011.	Este estudo teve por objetivo conhecer a opinião da população atendida em um CAPS sobre o tratamento, a convivência com a doença mental e suas implicações psicossociais, relacionando estes indicadores com seu perfil sociodemográfico e clínico.	Realizou-se um estudo exploratório descritivo, onde 65 portadores de transtornos mentais em tratamento no CAPS de Pindamonhangaba-SP e 53 familiares responderam a um questionário semi-estruturado.	Os resultados mostraram que portadores de transtornos mentais e familiares reconhecem o quanto a doença mudou suas vidas, mas as opiniões divergem quanto ao grau de dificuldade na realização das atividades diárias. Apesar dos anos de tratamento desta atenção individualizada extra hospitalar, os usuários conhecem pouco sobre sua doença. Observou-se que 62% têm doenças severas, porém, ambos os grupos manifestam uma capacidade especial para enfrentar as adversidades. O estudo contribui com informações importantes para a prática da enfermagem em saúde mental.
O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários	NASI, C.; SCHNEIDE, J.F., 2011.	O estudo teve por objetivo compreender o cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como referencial teórico-metodológico a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. O campo do estudo foi um CAPS localizado em Porto Alegre e os sujeitos entrevistados constituíram-se em 13 usuários. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2008, por meio de entrevista com uma questão norteadora.	Na análise compreensiva dos depoimentos, emergiram cinco categorias concretas e este artigo relata sobre a categoria denominada: Os usuários consideram o CAPS como uma dimensão do seu cotidiano. Com essa pesquisa pôde-se compreender as concepções que os usuários têm acerca do seu cotidiano, demonstrando que estão (re)adquirindo o convívio social em diversos espaços da sociedade. Considera-se que os CAPS estão promovendo, além do atendimento, a reabilitação psicossocial dos seus usuários.
Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970	PAULIN, L.F.; TURATO, E.R., 2004.	O objetivo deste trabalho é a reconstituição histórica do período imediatamente anterior àquele que se denominou Movimento de Reforma	Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com uso de literaturas sobre a temática.	Discutem-se as contradições da política oficial de saúde mental no país, enfocando critérios técnicos influenciados pelo modelo preventivista norte-americano, e a prática de financiamento e fortalecimento das instituições psiquiátricas privadas, em

		Psiquiátrica no Brasil.		detrimento das ações comunitárias. Embora a maioria dos documentos oficiais da década de 1970 apresente uma proposta claramente voltada para as ações comunitárias, o que se observou foi a cristalização do modelo de compra de leitos psiquiátricos em hospitais privados pelo poder público.
Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas	PITTA, A.M.F., 2011.	O artigo provoca olhares sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na última década, após a homologação da Lei Federal 10.216/2001 e pretende suscitar o debate inadiável sobre os novos desafios que ela precisa enfrentar para alimentar ou reciclar a antiga utopia de "cidadania plena para todos, numa sociedade sem manicômios".	Revisão de literatura por meio de pesquisa bibliográfica que busca resgatar o histórico da saúde mental desde os anos 70.	O artigo discute que a desinstitucionalização responsável, isto é, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Chama a atenção para os desafios próprios do crescimento do bem sucedido movimento da <i>Reforma Psiquiátrica Brasileira</i> no interior de um estado burocrático, refratário a inovações, e a radicalidade que a mudança do modo de cuidar requer. O doente mental, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, se transforma em sujeito cidadão e não objeto de políticas públicas. Sendo esta uma questão mais ético-política e cultural do que técnica, o futuro da <i>Reforma Psiquiátrica Brasileira</i> está na esperança que os usuários, familiares, trabalhadores - encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas.
Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS	RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A., 2011.	Analisar a política brasileira de saúde mental quanto aos aspectos normativos, de demanda, de oferta e de financiamento.	Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com uso de literaturas sobre a temática.	A sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica depende de melhor financiamento e de integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária, do desempenho geral do SUS e da redução de serviços exclusivos na atenção primária. A redução dos leitos psiquiátricos observada acompanhou a redução sistêmica, porém com redução seletiva para as internações psiquiátricas. Os CAPS apresentam limites

				institucionais devido ao modelo adotado de administração pública direta e da capacidade de governo municipais. Dados secundários disponíveis revelam que: (i) o SUS tem poder quase monopsônico em serviços ambulatoriais e hospitalares em geral; (ii) os profissionais de saúde mental são predominantemente vinculados ao SUS; (iii) os serviços de saúde mental têm característica predominantemente extra-hospitalar; e (iv) o financiamento federal para estas inovações é reduzido.
Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano	SALLES, M.M.; BARROS, S., 2007.	Conhecer o cotidiano do doente mental no período entre internações, mas o recorte deste artigo teve como foco de investigação as concepções dos sujeitos do estudo sobre o processo saúde e doença mental.	Utilizou-se como metodologia a abordagem qualitativa fundamentada no conceito de cotidiano da autora Agnes Heller. As entrevistas de pacientes e familiares foram submetidas à análise de discurso	A partir do discurso dos entrevistados foi possível perceber que a implementação dos serviços substitutivos está em processo; há casos de sucesso, outros com menos êxito, outros ainda não conhecem este tipo de serviço e outros que, apesar de ter interesse, não estão incluídos nas regiões que prestam este tipo de atendimento. Os discursos dos entrevistados revelam essa reinvenção da sociedade, que passa a ter novas ferramentas e possibilidades para compreender a loucura e a assistência ao doente mental, refletindo e procurando formas para enfrentar este desafio.
O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família	SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A., 2008	Esta pesquisa tem o objetivo de identificar as ações de saúde mental, desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltadas para a família no cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico.	Trata-se de um estudo descritivo, analítico e do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, foram realizadas a observação e a entrevista semi-estruturada com profissionais de um CAPS.	Os resultados mostraram que o trabalho no CAPS só se concretiza pela parceria e participação familiar. O atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas são estratégias realizadas no CAPS na efetivação da inserção da família. Nessa parceria, o vínculo aparece como fundamental na construção de caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico.

O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica	SERPA Jr., O.P., 2008.	Discutir a contribuição que a psiquiatria pode dar hoje, neste momento de ruptura, em que novos paradigmas de cuidado são estabelecidos valorizando a situação contextual e intersubjetiva do sofrimento psíquico.	Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com uso de literaturas sobre a temática.	As possibilidades que se abrem ou se fecham, de elaboração de sentido, podem modificar a experiência, levando tanto ao apaziguamento do sofrimento quanto à mortificação e à estigmatização, dependendo do que o cenário relacional e humano permitir elaborar. Dependendo do valor negativo ou positivo da experiência reformulada pela produção de sentidos, o corpo sofre ainda mais ou se regozija. A psiquiatria capaz de operar clínica e conceitualmente desta maneira decerto tem um papel importante a desempenhar no processo da reforma psiquiátrica, de produção de novos paradigmas clínicos e de criação de outros cenários de cuidado.
Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas.	QUEIROZ, M.S.; DELAMUTA, L.A., 2011.	Analisar o processo de reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido ao trabalho interdisciplinar dos profissionais de nível superior do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas.	A abordagem metodológica da pesquisa é essencialmente qualitativa, constituindo-se de entrevistas e observação participante relacionados com os profissionais desse serviço de saúde.	Em aspectos importantes do processo de trabalho, o Cândido antecipou a política do SUS e vem contribuindo para a implementação desta, com experiências importantes na dinâmica do trabalho interdisciplinar. A tomada de decisão da equipe de profissionais está se afastando do sistema de poder e dominância da medicina psiquiátrica tradicional para aproximar-se de um sistema colegiado, que inclui, basicamente, além do médico, profissionais da psicologia, da enfermagem e da terapia ocupacional. Trata-se de um sistema aberto que, teoricamente, exige a participação de todos estes profissionais, em condição de igualdade, no processo de tomada de decisão, envolvendo aspectos administrativos, clínicos e terapêuticos.
Reforma psiquiátrica e serviços	VIDAL, C.E.L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E.D.,	Apresentar os principais aspectos da reforma psiquiátrica ocorrida em	Pesquisa bibliográfica realizada nas fontes eletrônicas MEDLINE e LILACS (1990 a 2006), com os	A maioria dos trabalhos selecionados indicou que pacientes desospitalizados apresentam melhora na autonomia, na

residenciais terapêuticos.	2008.	diversos países e no Brasil, destacar a política de reinserção social dos pacientes e descrever os procedimentos da desospitalização ocorridos em Barbacena, Minas Gerais, com ênfase nas residências terapêuticas e nas intervenções de reabilitação psicossocial.	seguintes descritores: <i>deinstitutionalization, psychiatric reform, community-based treatment, psychosocial rehabilitation</i> . Descrição do processo de implantação das residências terapêuticas (RT) por meio de consulta aos documentos da Prefeitura de Barbacena e de observação direta das residências.	interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida. A desospitalização implica a existência de serviços comunitários com diversos níveis de atenção e requer a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos. Apesar das dificuldades na sua implantação, os tratamentos de base comunitária tornaram-se o modelo dominante de cuidados psiquiátricos. Para os pacientes desospitalizados, as RTs têm importante papel no processo de reinserção social.
O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco.	WEYLER, A.R., 2006.	Conhecer quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Serviço de Residências Terapêuticas do município de Campina Grande/Paraíba, na prática de cuidado delineada a partir do referido serviço e identificar quais são as perspectivas por eles apontadas para os (as) moradores (as).	Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se roteiro de entrevista semiestruturada aplicado a dez profissionais, registro em diário de campo e observação sistemática.	Verificou-se que as principais dificuldades enfrentadas são de base estrutural, insuficiência de recursos humanos e/ ou falta de capacitação e de apoio social. A reinserção social, a inserção no mundo do trabalho e a autonomia são as expectativas apontadas pelos profissionais. Diante dos resultados, pode-se afirmar que, apesar das dificuldades vivenciadas, é possível ver avanços, como a autonomia de alguns moradores. Todavia, por ser um serviço recente, precisa, constantemente, ser avaliado.