Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Santos, Gustavo Correia dos

CAPS : Centro de Atenção Psicossocial no processo de (re)inserção social

http://hdl.handle.net/11067/4796
https://doi.org/10.34628/y9sv-d015

Metadados

Data de Publicação 2017

Resumo Em todo o mundo nos últimos anos observa-se a transição na área de atenção à saúde mental, de maneira que o paradigma manicomial vem sendo combatido por conta de suas características violentas e excludentes. Como forma de substituição desse modelo, vem sendo empregada uma nova perspetiva, a psicossocial, a qual visa a humanização do cuidado e a inclusão social dos indivíduos. Objetiva-se com este artigo reunir informações referentes ao processo de transição ao modelo assistencial substitutivo e ...

Palavras Chave Doentes mentais - Serviços para - Brasil

Tipo article

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-ISSSL] IS, n. 49-50 (2017)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:47:29Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL

Gustavo Correia dos Santos
Gestor de Recursos Humanos
Especialista em saúde mental e atenção psicossocial.

Resumo: Em todo o mundo nos últimos anos observa-se a transição na área de atenção à saúde mental, de maneira que o paradigma manicomial vem sendo combatido por conta de suas características violentas e excludentes. Como forma de substituição desse modelo, vem sendo empregada uma nova perspetiva, a psicossocial, a qual visa a humanização do cuidado e a inclusão social dos indivíduos. Objetiva-se com este artigo reunir informações referentes ao processo de transição ao modelo assistencial substitutivo e entender a diferenciação do modelo de tratamento hospitalar em detrimento do CAPS, focando na reinserção social. Foi realizada uma revisão de literatura utilizando as palavras-chave reabilitação psicossocial, CAPS e reinserção social. Foram selecionados artigos originais em português, inglês e espanhol, havendo limitação às publicações do período compreendido entre 1989 a 2017. A seleção considerou estudos de ensaios clínicos, revisões sistemáticas, revisões narrativas, série de casos e relatos de casos. O modelo substitutivo representou um avanço na assistência à saúde mental, porém inúmeros são os obstáculos para o funcionamento destes serviços, sendo a inclusão extra-CAPS um dos pontos mais críticos. Espera-se que se possa desenvolver atividades em conjunto com a população de forma a conscientizar essas pessoas e extinguir os preconceitos vigentes para que se possa atingir de forma ampla a tão almejada reabilitação dos pacientes.

Palavras-chave: CAPS, Reinserção social, Saúde mental.

Introdução

De acordo com o artigo 196º da Constituição Federal a saúde é um direito fundamental do ser humano e deve ser assegurado sem que haja distinção de religião, raça, condição socioeconômica ou ideologia política. Implica portanto que o cidadão desenvolva sua cidadania por meio de uma participação mais eficiente no cenário social (Brasil, 1988). Com o passar do tempo o conceito de saúde sofreu modificações consideráveis, passando do simples conceito da ausência de doença para atualmente "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (Segre & Ferraz, 1997). Nessa nova perspetiva, deve-se garantir o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos, englobando os âmbitos de moradia, transporte e educação, ou seja, na totalidade do indivíduo e o seu meio (Lunardi, 1999).

A partir desse novo ponto de vista a saúde mental passou então a ser indispensável, de modo que a questão da desigualdade social e os males causados pelo processo segregacionista, enfatizado pelo modelo biomédico, no campo da saúde mental são atualmente combatidos com objetivo de extinguir os preconceitos das doenças mentais (Dimenstein, 2006).

Em todo o mundo nos últimos anos observa-se a transição na área de atenção à saúde mental, de maneira que o paradigma manicomial vem sendo combatido por conta de suas características violentas e excludentes. Como forma de substituição desse modelo, vem sendo empregada uma nova perspetiva, a psicossocial, a qual visa a humanização do cuidado e a inclusão social dos indivíduos (Souza, 2012).

Essas mudanças se iniciaram com o advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 1970, durante o período militar. Esse movimento questionava o modelo biomédico (hospitalocêntrico) considerado ineficiente de acordo com os militantes, pois excluíam os indivíduos em tratamento do convívio social. Além disso, também buscavam melhores condições assistenciais aos indivíduos com transtornos mentais.

Esse Movimento passou a ganhar força a partir dos avanços da Reforma Sanitária – conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde – e mais ainda, posteriormente, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), instaurado com a lei 8.080, de 1990 (Campos, 2014).

No Brasil, a partir de políticas públicas específicas redirecionou-se as práticas adotadas na área, levando à redução progressiva do número de instituições psiquiátricas e expansão dos serviços substitutivos (ambulatórios, hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, internações em hospitais gerais ou em CAPS 24 horas, residências terapêuticas, centros de convivência, apoio financeiro e psicológico aos familiares). O objetivo final desses serviços é a reinserção social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, de forma a restaurar o convívio social com familiares e comunidade, bem como sua ocupação como cidadão nos espaços sociais (De Mesquita, Novellino & Cavalcanti 2010).

Podemos definir a reinserção social como a reconstrução das perdas e a criação ou fortalecimento de uma rede de apoio, além da formação e o resgate de uma rede social inexistente ou prejudicada. Tem como finalidade, portanto, a capacitação do indivíduo para exercer plenamente a cidadania de forma gradativa e dinâmica, visto que os estigmas sociais estabelecidos devem ser revisados (Dimenstein, 2006). Esta etapa representa um ponto bastante crítico no manejo desses pacientes, visto que frequentemente é observado que a família os recebe como uma carga, um risco ou até mesmo uma vergonha, dificultando assim a adaptação dos mesmos. Nessa perspetiva enfatiza-se a partição da equipe interdisciplinar e a organização da comunidade a fim de planejar esse retorno (Paranhos-Passos & Aires, 2013).

Os CAPS representam o principal serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico no país e demonstram ser fundamentais na reinserção desses pacientes, visto que atuam de forma interdisciplinar, intensiva e diária. Esse serviço em suas diferentes modalidades fazem parte da estratégia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011). São reconhecidos como:

Serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (Brasil, 2011).

Nessa perspetiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um "lugar" na comunidade de referência e de cuidado (Brasil, 2005).

Objetivo

Reunir informações referentes ao processo de transição ao modelo assistencial substitutivo, entendendo a diferenciação do modelo de tratamento hospitalar em detrimento do CAPS, compreendendo os serviços prestados aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, focando na (re)inserção social.

Pergunta de pesquisa

O CAPS consegue de maneira eficaz prestar assistência e tratamento para a população com transtornos mentais através da re(inserção) psicossocial?

Hipóteses

O CAPS vem produzindo um novo modelo de tratar a população com transtornos mentais, através da re(inserção) psicossocial.

Metodologia

As buscas foram realizadas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, utilizando-se as palavras-chave: reabilitação psicossocial, CAPS e reinserção social.

Cada uma das palavras-chave foi pesquisada utilizando a ferramenta "explode" que abrange uma maior quantidade de termos semelhantes, não restringindo a busca ao termo como um tópico principal, mas também a tópicos subordinados adjacentes ao conceito.

Os resultados de cada um dos termos foram cruzados entre si utilizando o operador "AND" com a finalidade de restringir a pesquisa aos estudos que apresentavam ao mesmo tempo cada um dos termos.

Foram selecionados artigos originais em português, inglês e espanhol, havendo limitação às publicações do período compreendido entre 1989 a 2017.

A seleção considerou estudos de ensaios clínicos, revisões sistemáticas, revisões narrativas, série de casos e relatos de casos.

Estes artigos foram analisados através da leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos os que não tinham o escopo desta revisão.

O resultado final constituiu-se de uma discussão com um total de 46 materiais que analisaram desde o modelo assistencial hospitalocêntrico até a função e aplicabilidade do CAPS no processo de reinserção social.

O modelo hospitalocêntrico

Até há pouco tempo atrás a loucura era tratada como algo a ser controlado e os indivíduos portadores de transtornos mentais como incapacitados para planejar sua vida, sendo assim excluídos da sociedade. Em meados de 1817 a loucura passava a ser visualizada como enfermidade e sendo assim amparada pelas Santas Casas de Misericórdia, instituições fortemente ligadas à Igreja Católica, dava-se então o primeiro passo para a institucionalização desses indivíduos. Posteriormente, instituições psiquiátricas foram criadas no Brasil, no intuito de responder às reclamações da sociedade contra a livre presença de indivíduos considerados loucos na cidade (DIAS, 1997).

A reforma psiquiátrica

Ao longo da história o sujeito portador de distúrbios psiquiátricos foi compreendido sob perspetivas distintas e perpassou desde

o sagrado até ao demoníaco estimulando formulações teóricas e condutas sociais distintas. Esses pacientes passaram então a ser foco de estudo da psiquiatria e desde então por questões morais, econômicas e sociais acabaram sendo segregados pela sociedade, resultando em diversas implicações. A forma mais utilizada para conter a "loucura" foi o asilo, marcada desde a vinda da Família Real Portuguesa em 1808; esses locais serviam como forma de ordem na urbanização e disciplinação da sociedade para atender os objetivos do desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX (Kyrillos Neto, 2003).

A partir dessa perspetiva a Psiquiatria no Brasil passa a desempenhar a função de conter os exageros da loucura, sem qualquer finalidade de busca de cura. O Hospício D. Pedro II é um exemplo claro dessa visão segregacionista, onde os doentes mentais eram internados com o objetivo de retirá-los da sociedade (Da Rocha, 1989).

Por outro lado, em 1961 o médico italiano Franco Baságlia assumia a direção do Hospital Psiquiátrico de Goriza, localizado na Itália, sendo esse um ponto-chave para a mudança dos paradigmas no tratamento dos pacientes. Até então o modelo asilar (hospitalocêntrico) continuava predominante na psiquiatria, porém sua posição crítica em relação à psiquiatria clássica e hospitalar influenciaram o mundo, inclusive o Brasil, culminando em discussões a respeito da desinstitucionalização dos pacientes. Nesse novo panorama se objetivava um novo tipo de tratamento com o objetivo de promover a reinserção social (De Mesquita, Novellino & Cavalcanti 2010; Brasil, 2005).

A partir da década de 70 diversas denúncias são realizadas contra a política brasileira de saúde mental quanto às condições de atendimento psiquiátrico, levando no final da década citada ao surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse cenário, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), marcando assim, em 1978, o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Esse movimento era composto por associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais, trabalhadores integrantes do

movimento sanitário e até pessoas com histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005; Wetzel & Kantorski, 2004).

Com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) em 1987 reforçou-se a oposição ao modelo hospitalocêntrico, visto que recomendava a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais. No final do mesmo ano foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM com base no lema "por uma sociedade sem manicômios", expandindo o sentido político e conceitual a respeito da luta antimanicomial (De Mesquita, Novellino & Cavalcanti 2010; Brasil, 2005).

O surgimento do primeiro CAPS no Brasil neste mesmo período representou um marco na luta, além do processo de intervenção em 1989 da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta. Essa atividade obteve repercussão nacional, demonstrando de forma prática o modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Nesse mesmo ano o deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos dos pacientes com transtornos mentais e o fim gradual dos manicômios (Kyrillos Neto, 2003; Brasil, 2005).

Os movimentos sociais influenciados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, a partir de 1992 conseguem aprovar em diversos estados do país leis que determinam a mudança progressiva dos leitos hospitalares psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Com a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental passam a entrar em vigor normas federais que regulamentam a implementação de serviços de atenção diária, assim como normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Desta forma, a Lei Federal 10.216 modifica a assistência em saúde mental, dando prioridade a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais como consta a seguir:

Art.1ºOsdireitoseaproteçãodaspessoasacometidasdetranstorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

Logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada.. As etapas realizadas envolveram cerca de 23.000 pessoas com presença marcada de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, além de movimentos sociais e profissionais de saúde. Por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica é consolidada como política de governo, conferindo aos CAPS valor estratégico na mudança do modelo de assistência, defendendo ainda a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. Outro ponto-chave para a Reforma Psiquiátrica foi a criação do Programa "De Volta para Casa", em 2003. Esse programa trouxe disposições referentes à regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que permaneceram períodos prolongados de internação. A partir de todos esses acontecimentos é que são fornecidos substratos para a atual Política Nacional de Saúde

Mental do Brasil (De Mesquita, Novellino & Cavalcanti 2010; Brasil, 2005).

Política Nacional de Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental Brasileira vigente é subsequente dos esforços de usuários, familiares e profissionais de saúde contra a realidade dos manicômios antes da reforma psiquiátrica; assim sendo, os fundamentos do movimento da Reforma Psiquiátrica passam então a se tornar política de Estado. Entre os serviços substitutivos surgem os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivências (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental nos hospitais gerais, as oficinas de geração de rendas, além de outros serviços, como também as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais possuem função fundamental na rede de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

CAPS

A criação do primeiro CAPS data de 1987 na cidade de São Paulo, já em Santos foram criados os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps) que atendiam 24 horas por dia, atualmente denominados CAPS III. Posteriormente, novas unidades foram implementadas em vários municípios do Brasil e serviram como serviços estratégicos que se firmaram como substitutos ao modelo asilar (BRASIL, 2005).

Os CAPS são organizados da seguinte maneira:

CAPS I - Realiza atendimento de indivíduos de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico consequente de transtornos mentais graves e persistentes, abrangendo ainda aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que não permitam estabelecer laços sociais e projetos de vida. É indicado para municípios com população superior a 15 mil habitantes. Sua equipe mínima é composta por 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário e 4 profissionais de nível médio (BRASIL, 2015).

CAPS II Atendimento similar ao CAPS I, porém indicado para municípios com população superior a 70 mil habitantes. Sua equipe

mínima é composta por 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2015).

O CAPS III também possui atendimento semelhante aos já citados, porém possui funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Funciona ainda como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. É indicado para municípios com população superior a 150 mil habitantes. Sua equipe mínima deve ser composta por 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário e 8 profissionais de nível médio. Durante o período de acolhimento noturno a equipe mínima deve ser acrescida de 1 profissional de saúde de nível universitário, de preferência enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividade de natureza administrativa. Já no período diurno aos sábados, domingos e feriados a equipe mínima deve ser composta por 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa (Brasil, 2015).

CAPSi - Possui a mesma função do CAPS I, porém exclusivo para crianças e adolescentes. É indicado para municípios com população superior a 70 mil habitantes. A equipe mínima deve ser composta por 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio (Brasil, 2015).

Considerando a função geral dos CAPS e suas práticas a serem desenvolvidas pode-se identificar a relevância do serviço para a comunidade, visto que representam espaços para cuidar e apoiar pessoas, como também, meio para exercício da cidadania e ampliação do poder de contratualidade social (Mielke et al., 2009).

Uma das principais ferramentas no contexto do cuidado no CAPS é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), visto que, representa uma estratégia que associa ações discutidas pela construção coletiva da equipe multidisciplinar considerando as necessidades,

expectativas, crenças e o contexto social do indivíduo e do seu meio. As atividades dos CAPS são realizadas de forma aberta, ou seja, de maneira acolhedora e inserida nos territórios da comunidade a fim de engajar todo o contexto social dos indivíduos. Essas atividades podem ser realizadas em grupos, de maneira individual ou somente para as famílias. Podem ainda ser executadas nas comodidades do CAPS e/ou nos territórios da comunidade, objetivando maior reinserção dos usuários (Brasil, 2007). O CAPS possui diversas estratégias e atividades destinadas aos pacientes, listadas a seguir:

- Acolhimento inicial;
- Acolhimento diurno e/ou noturno;
- Atendimento individual;
- Atenção às situações de crise - ações executadas no manejo de crises dos usuários no seu contexto familiar e social;
- Atendimento em grupo;
- Práticas corporais;
- Práticas expressivas e comunicativas;
- Atendimento para a família;
- Atendimento domiciliar;
- Ações de reabilitação psicossocial;
- Promoção de contratualidade;
- Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares - ações que almejem a participação dos usuários e familiares nos serviços, como por exemplo participação em conselhos, conferências e congressos;
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais - atividades que busquem a articulação entre setores da educação, justiça, assistência social, direitos humanos etc.;
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência;
- Ações de redução de danos - conjunto de práticas e ações que busca minimizar os danos de natureza biopsicossocial decorrentes da utilização de substâncias psicoativas;
- Acompanhamento de serviço residencial terapêutico;
- Apoio a serviço residencial de caráter transitório;

(Re)Inserção dos pacientes

A transição dos paradigmas na saúde mental não se refere apenas ao local onde é efetuado o tratamento ou a modalidade do mesmo, o sofrimento psíquico vai muito além do que se pode observar. Para compreendê-lo é necessário interpretar todo o contexto do paciente nas suas diferentes esferas para só então oferecer o melhor para o mesmo. O CAPS tem a incumbência de acreditar naquele em que não se acredita mais, resgatar sua autonomia, sua autoconfiança e sua função na sociedade e dessa forma realizar a reabilitação psicossocial. Dessa forma o objetivo final é capacitar os pacientes em sofrimento psíquico de maneira a compensar ou suprimir seus *déficits* funcionais e assim restaurar a capacidade de viver de maneira autônoma (Paranhos-Passos & Aires, 2013; Cardozo, 2009; Brasil, 2007).

Análise dos resultados

Alguns estudos apresentam críticas ao atual processo de reforma psiquiátrica brasileira e seus serviços substitutivos ao modelo manicomial, porém, a maioria reconhece que o CAPS foi um passo fundamental para a busca da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos, mesmo que o presente contexto da reforma psiquiátrica seja complexo, permeado por desafios e ainda em desenvolvimento.

Nas décadas de 60 e 70, em cenário internacional, surgiram movimentos que procuraram levantar debates contra as propostas manicomiais, buscando sua desconstrução e a proposição de novas possibilidades de atenção à saúde mental (Antunes et al., 2002; Fassheber & Vidal, 2007). Nesse contexto, surgiram no Brasil, iniciativas de construção de novas estruturas sociais, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), que têm como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando, dentre outras atividades, o acompanhamento clínico e a reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, atendimento em grupo ou individual às famílias, atendimento psicoterápico, visitas domiciliares e atividades comunitárias (Brasil, 2015).

A reabilitação psicossocial é um método que visa proporcionar a autonomia do paciente com sofrimento psíquico, para que o mesmo possa atuar com independência, exercendo sua cidadania, para assim conseguir sua plena reinserção social. A qual, se refere à capacidade de convívio do portador com seus familiares, amigos e demais membros da sociedade, por meio da circulação e ocupação dos espaços sociais (Paranhos-Passos, 2013).

As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática, que visam dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar (Antunes & Queiroz, 2007). Para isso, o CAPS conta com uma equipe interdisciplinar de psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem e monitores sociais. Para Antunes e Queiroz (2007), o sentido da interdisciplinaridade reside na oposição à conceção de que o conhecimento se processa em campos fechados, em mundos particulares, isolados dos processos e contextos histórico-culturais. A proposta da reforma psiquiátrica, conduz o profissional de saúde a novas práticas em saúde mental e abre perspetivas enriquecedoras envolvendo o trabalho interdisciplinar.

Para Rietra (1999), Marzano e De Sousa (2004), os CAPS representam mais do que uma alternativa ao modelo hospitalar: eles tornam possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida. Além disso, segundo Marzano e De Sousa (2004), o indivíduo depende de um lugar de referência e um lugar onde ele possa formar vínculos, como o CAPS, o que possibilita sua reintegração social.

Nunes et al. (2008); Hirdes e Kantorski (2005); Wetzel e Kantorski (2004); Coimbra (2005) e Nunes (2005) enfatizam os benefícios proporcionados pelos CAPS referentes à reabilitação e inclusão social, sendo que nessa nova modalidade de tratamento, as relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano, visando a reinserção do portador

de sofrimento psíquico na família e sociedade, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para tanto, esse serviço lança mão de várias estratégias para aproximar o usuário da sociedade e também das famílias, pois muitas vezes o usuário é desacreditado e encarado como alguém que finge ter o sofrimento psíquico para obter benefícios; além disso, muitas famílias criam uma distância dos usuários por preconceito ou vergonha.

Ademais, a reforma psiquiátrica brasileira traz imensas contribuições na forma de compreender e idealizar a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente (Brasil, 2013). Dentro do contexto da reforma psiquiátrica, a família passou a ser requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (Rosa, 2004), passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico.

No entanto, vale salientar que em muitas situações, os profissionais de saúde esperam que a família aceite e cuide da pessoa em sofrimento psíquico intenso sem se dar conta de que não estão lhe oferecendo suporte, nem orientações (Koga & Furegato, 2008). Essas famílias possuem demandas das mais variadas ordens, entre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com esse familiar, pela expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (De Almeida Colvero, Ide & Rolim, 2004).

Considerar a família como protagonista da reinserção social é um verdadeiro desafio, que requer disponibilidade, esforço,

compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, e sentimentos de impotência e culpa (Dimenstein, 2006).

O processo de socialização, para Humerez (1998), é iniciado na família, mas se cumpre quando a pessoa é capaz de perceber que a realidade transcende as fronteiras de sua casa e se espalha para todo o mundo social. É quando ela começa a ver que as coisas, os amigos, as pessoas, são diferentes da sua realidade cotidiana e que existe outro mundo além daquele que conhece, existe uma sociedade.

Uma das marcas da reinserção se refere à ocupação do público em sofrimento psíquico em atividades laborais produtivas, promovendo assim um novo olhar sobre esses usuários da rede de saúde mental, tendo em vista que o trabalho tem um grande valor social. Um estudo de Paranhos-Passos (2013), analisou a visão de usuários de um CAPS acerca da reinserção social dos mesmos, e concluiu que para estes a reinserção social não foi plenamente realizada, pois o CAPS é o único local de socialização desses sujeitos, os quais ainda são vistos com preconceito por frequentarem um local de assistência psiquiátrica. Além disso, os usuários do serviço não estão inseridos no mercado de trabalho, o que conta como mais um ponto de invisibilidade social.

Outro impasse ao processo da reforma psiquiátrica, refere-se a recusa de muitos pacientes em deixar os hospitais psiquiátricos, o que foi demonstrado no estudo de Machado, Manco e Santos (2005), que analisou os fatores envolvidos na recusa da desospitalização de pacientes internos em um hospital psiquiátrico, e concluiu que na perspetiva dos pacientes, o hospital foi percebido como um local de acolhimento que assegura uma proteção aos usuários, a qual se traduz nas condições físicas que oferece aos pacientes, garantindo o acesso à alimentação, abrigo, vestimentas e assistência médica, com direito à medicação, exames e tratamentos clínicos e psiquiátricos. Além disso, observaram neste estudo, que grande parte dos pacientes institucionalizados já não têm problemas de saúde que justifiquem a sua internação, tratando-se particularmente de uma questão social, pelo fato de muitas vezes não existir uma família que os acolha em suas diferenças.

Ainda de acordo com Machado, Manco e Santos (2005), existem duas principais razões para a forte resistência dos pacientes em deixar a instituição: uma seria de natureza universal, que envolve a adaptação ao modo de vida asilar, por estes pacientes terem permanecidos muito tempo institucionalizados; e a outra, seria pelo fato de o manicômio suprir necessidades financeiras e sociais a essas pessoas. Neste contexto, é compreensível que a internação seja vista como um benefício, tendo em vista que vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade social, em que, muitas vezes, essas pessoas sobrevivem em condições subumanas extra-hospitalar. Silva (1999) afirma que:

A substituição dos hospitais psiquiátricos enquanto asilos cronificantes, não significa o fim dos problemas mentais e de suas consequências sociais. Por isso, mais do que nunca, devemos interrogar-nos sobre nossa capacidade de lidar com o aparecimento de uma nova situação: a persistência dos problemas psiquiátricos e a presença de novas instituições destinadas a tratá-los.

Neste contexto, atenta-se para o fato de que a promulgação de leis e portarias não garante a efetivação de seu conteúdo. Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) lembram que nem todos os serviços substitutivos previstos foram implantados na prática, e de acordo com Barroso (2011), a cobertura dos serviços psiquiátricos comunitários e os recursos financeiros investidos nos serviços existentes permanecem insuficientes, faltam profissionais qualificados para o trabalho e não houve preparo adequado das famílias e comunidades para o convívio com as pessoas com transtornos psiquiátricos. Tenório (1999) complementa afirmando:

Em termos de políticas públicas, isso significa que não basta apenas construir dispositivos extra-hospitalares, mas garantir que elas se orientem permanentemente pela tarefa de promover os cuidados que os pacientes psiquiátricos efetivamente requerem.

Sendo assim, foi observado nestes estudos que a simples abertura dos serviços de saúde mental não coíbe o empobrecimento psíquico desses pacientes, tendo em vista que o processo de transformação do paradigma asilar rumo a um modelo de atenção psicossocial requer, além da substituição prática do serviço, a

desconstrução do contágio cultural em termos das teorias e valores a ele vinculados (Barros, 1994). Ou seja, é necessário a superação das verdades produzidas pelo modelo de racionalidade da ciência moderna, como as noções de incapacidade, periculosidade e inimputabilidade supostamente inerente ao psicótico, que levam à objetivação do homem e às diversas formas de tutela (Lobosque, 2003). Segundo Amarante (1996), são estes preconceitos científicos que a própria sociedade assimila e reproduz como verdade que fundamenta o imaginário social acerca da loucura.

De acordo com Foucault (1995), qualquer mudança de ideais e práticas discursivas não inaugura de súbito todo um novo momento discursivo, em oposição completa ao que se conhecia. Qualquer nova prática se instaura em um momento histórico, e não se vê livre de seus legados.

A prática da reforma psiquiátrica, busca, de fato, romper com esse imaginário a partir da inserção da loucura no espaço social, proporcionando o estreitamento dos laços com o mundo e agenciando a presença do psicótico nos lugares que lhe são fechados: a família, o trabalho, o lazer, a arte e a lei (Lobosque, 2001). Não se trata apenas da simples extinção dos hospitais psiquiátricos, envolve uma mudança do paradigma no qual estes foram erigidos, que inclui diversas estratégias reabilitativas presentes atualmente. Para tanto, considera-se uma mudança na conceção de sujeito, de cura, de reabilitação, de inclusão social, de saúde e qualidade de vida, culminando em práticas totalmente diferentes das aplicadas no modelo manicomial.

Dessa forma, é necessário enxergar e levantar os desejos dos indivíduos atendidos, possibilitando a esses a participação social em outros papéis sociais que não os reservados à doença. Além de investir na ampliação de redes de trocas sociais do indivíduo, ao inseri-lo em um mundo de intersubjetividades. Não se trata mais de buscar a normalidade, mas de proporcionar a vivência da diferença, de criar mecanismos de funcionamento sociais que a abarquem em toda sua complexidade, de fortalecer uma rede de serviços que procure dar conta de toda a complexidade dos sujeitos atendidos (Ferro, 2009).

Em vez da procura pela normatização da loucura, pela formatação do indivíduo atendido a um modelo preconcebido socialmente como ideal, a reinserção social tem suas práticas focadas em um objetivo completamente diferente. Segundo Rotelli et al. (1990), se o objeto, em vez de ser "a doença", torna-se "a existência-sofrimento dos pacientes" e a sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior.

No entanto, não basta apenas reinserir, é preciso que haja antes uma reabilitação, ou seja, oferecer ao usuário de saúde mental possibilidades que o capacitem para a vida em sociedade, considerando as diversas perdas sofridas pelo sujeito em decorrência da sua doença, pois o que se encontra em jogo não é apenas um novo endereço, seja um asilo, um internato ou mesmo a família, mas a adoção de uma política de inclusão do paciente na vida social.

Do mesmo modo, não basta só reabilitá-lo sem proporcionar a reinserção social, por meio da ocupação cidadã na sociedade. O que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte (Gonçalves & De Sena, 2001). Procura-se preservar e fortalecer vínculos familiares e comunitários e resgatar o débito da exclusão que as práticas da saúde mental corroboraram, investindo na inclusão social dos indivíduos atendidos (Ferro, 2009).

Conclusões

Diante da problemática apresentada e os resultados obtidos pode-se inferir que a questão da reinserção social dos usuários é um ponto bastante importante na assistência destes pacientes, porém, não é efetuada de forma plena, visto que os pacientes não se sentem reinseridos no ambiente extra-CAPS, por questões principalmente relacionadas ao preconceito da população.

Outro ponto importante diz respeito aos paradigmas e estigmas

da população em relação a estes pacientes, dessa forma, faz-se necessário que ocorra um trabalho em conjunto com a população de forma a conscientizar essas pessoas e extinguir os preconceitos vigentes para que se possa atingir de forma ampla a tão almejada reabilitação dos pacientes.

Bibliografia

Amarante, Paulo (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Antunes, Eleonora Haddad; Barbosa, Lúcia Helena Siqueira; Pereira, Lygia Maria de França (2002). *História e arte no Programa de Saúde Mental. In: Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Edusp, pp.25-32.

Antunes, Sônia Marina Martins de Oliveira et al. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*.

Barros, Denise Dias. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 171-194.

Barroso, Sabrina Martins; Bandeira, Marina. Os serviços psiquiátricos estão atendendo as necessidades dos familiares cuidadores? In: Barroso, Sabrina Martins e Scorsolini-Comin, Fabio. (Org.). *Diálogos em Psicologia: práticas profissionais e produção do conhecimento*. Uberaba: Editora da UFTM (no prelo).

Barroso, Sabrina Martins; Silva, Mônica Aparecida (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*, v. 12, n. 1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 pp.

_____ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

_____ Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005

_____ Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2013.

Campos, Gabriela Luíza (2014). *Rumo a um novo modo de práticas psicossociais pós reforma psiquiátrica: uma análise da experiência de um caps II do sul de Santa Catarina*. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129585/328977.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 13 jun. 2017.

Cardozo, Angélica Rozisky (2009). *A reinserção social do usuário do centro de atenção psicossocial após alta*. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/ handle/10183/24704/000748843.pdf?sequence=1>. Acesso em 13 jun. 2017.

Calligars, Contardo (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Coimbra, Valéria Cristina Christello (2005). *O acolhimento num centro de atenção psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

De Almeida Colvero, Luciana; Ide, Cilene Aparecida Costardi; Rolim, Marli Alves (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 2, pp. 197-205.

De Mesquita, José Ferreira; Novellino, Maria Salet Ferreira; Cavalcanti, Maria Tavares (2010). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. In: *XVII En-*

contro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2010, Caxambu. Anais... Caxambu, ABEP. Mesa-redonda. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Dimenstein, Magda (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, v. 4, n. 6.

Foucault, Michel (1995). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4a ed.

Fassheber, Vanessa Barreto; Vidal, Carlos Eduardo Leal (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 27, n. 2, pp. 194-207.

Ferro, Luís Felipe (2009). Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos-Construindo no Presente um Futuro sem Manicômios. *Psicologia Ciência e profissão*, v. 29, n. 4.

Gama, Jairo Roberto de Almeida (2012). A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, pp. 1397-1417.

Gonçalves, Alda Martins; De Sena, Roseni Rosângela (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 2, pp. 48-55.

Hirdes, Alice; Kantorski, Luciane Prado (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. *Rev. enferm. UERJ*, pp. 160-166.

Humerez, Dorisdaia Carvalho de (1998). História de vida: instrumento para captaçäo de dados na pesquisa qualitativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 11, n. 3, pp. 32-7.

Lunardi, Valéria Lerch (1999). Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 20, n. 1, pp. 26.

Koga, Mariko; Furegato, Antônia Regina (2008). Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 1, n. 1, pp. 75-80.

Kyrillos Neto, Fuad (2003). Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Mental*, Barbacena, v. 1, n. 1, pp. 71-82.

Lobosque, Ana Marta (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, Ana Marta (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômio*s. Rio de Janeiro: Garamond.

Machado, Vanessa; Manco, Amábile Rodrigues Xavier; Santos, Manoel Antônio dos (2005). A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, pp. 1472-1479.

Marzano, Maria Luisa Rietra; De Sousa, Célia Antunes C. (2004). O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 4.

Mielke, Fernanda Barreto et al. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro, RS. Vol. 14, n. 1 (jan./fev. 2009), pp. 159-164.

Nunes, Jonas André Bueno (2005). Para além dos "muros" da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. *Psico* (Porto Alegre), v. 36, n. 3, pp. 293-298.

Nunes, Mônica et al (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, pp. 188-196.

Paranhos-Passos, Fernanda; Aires, Suely (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1.

Da Rocha, Gilberto Santos (1989). *Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Rietra, Rita de Cássia Paiva (1999). *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Fio Cruz, Rio de Janeiro.

Rosa, Lucia Cristina Dos Santos (2004). O cotidiano, as tensões e as

repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. *Saúde em Debate*, v. 28, n. 66, pp. 28-37.

Rotelli, Franco et al (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". *HUCITEC*, São Paulo, pp. 17-59.

Segre, Marco; Ferraz, Flávio Carvalho (1997). The health's concept. *Revista de saúde pública*, v. 31, n. 5, pp. 538-542.

Silva, J. F. da (1999). Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos IPUB-UFRJ*, Rio de Janeiro, n. 3 e 4.

Souza, Vinícius Rauber (2012). *Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Tenório, F. (1999). Por uma assistência psiquiátrica em transformação: conhecer para cuidar. *Cadernos IPUB-UFRJ*, n. 3 e 4.

Vidal, Carlos Eduardo Leal; Bandeira, Marina; Gontijo, Eliane Dias (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. Psiquiatr.*, v. 57, n. 1, p. 70-79.

Wetzel, Christine; Kantorski Prado, Luciane (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 4.