



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA
FASAB
CURSO DE ENFERMAGEM

GUSTAVO VASCONCELOS FORTUNA
MAXILEANDRO DOS SANTOS BATISTA

A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL: UMA BREVE REFLEXÃO TEÓRICA

BARBACENA
2012

A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL: UMA BREVE REFLEXÃO TEÓRICA

Gustavo Vasconcelos Fortuna
Maxileandro dos Santos Batista*

Isabela Rodrigues Costa **

RESUMO

O tratamento ao paciente com transtorno mental vem sofrendo modificações ao longo dos tempos possibilitando a construção de um novo modelo de assistência a esses indivíduos. Diante desta perspectiva notou-se a necessidade de um estudo sobre a história da saúde mental enfatizando o cenário da cidade de Barbacena – Minas Gerais como uma referência de modelo assistencial com relação aos dispositivos e atendimento em rede através do Sistema Único de Saúde – SUS ao paciente com transtorno mental. O presente artigo realizado através de estudos bibliográficos nos leva a refletir sobre a história da saúde mental, as modificações ao longo do tempo e a evolução até os dias atuais para a reintegração dos pacientes com transtorno mental à sociedade, resgatando a cidadania através do processo da reforma psiquiátrica, questionando o modelo assistencial visto anteriormente e as propostas de transformação de um novo paradigma para a psiquiatria. Faz uma alerta para identificar através da história a evolução da saúde mental, as formas de tratamento disponíveis para o cuidado de pessoas com transtornos mentais e como a cidade de Barbacena faz parte da Reforma Psiquiátrica abrigando hoje em suas Residências Terapêuticas os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Observamos a trajetória das estratégias políticas, a luta dos profissionais de saúde com metas de inserir ao convívio social, as pessoas acometidas por transtornos mentais, internadas em instituições psiquiátricas conveniadas ao SUS e instituições privadas.

Palavras-chave: História. Psiquiatria. Serviços Substitutivos.

*Acadêmicos do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: cimboll@yahoo.com.br; gustavofortuna89@hotmail.com.

** Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Enfermeira assistencial na UI adulto do HRB/FHEMIG e Supervisora de estágio do Curso de Enfermagem da UNIPAC. E-mail: isarcosta@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

Ao observarmos o paciente com transtorno mental ao longo da história, nos deparamos com dificuldades familiares, mas por outro lado a luta de pessoas dispostas a modificar essa realidade, com o objetivo de proteção à vida e à dignidade desse grupo de pessoas.

Através da história até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica, eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados indesejáveis à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos (SOARES,1997)¹.

É notado através da história da saúde mental, que uma grande conquista foi alcançada, em relação aos tratamentos antigos e a grande modificação de vida daqueles que sofrem com algum transtorno mental e/ou simplesmente foram abandonados pelos familiares em clínicas psiquiátricas.

O pensamento de resgatar a cidadania do doente mental tornou-se a marca distintiva do processo da reforma psiquiátrica, com o questionamento do modelo assistencial visto anteriormente, com propostas de estratégias de transformação, emergindo um novo paradigma para a psiquiatria (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006)².

Diante dos conceitos abordados coloca-se o seguinte problema: Como a evolução da saúde mental proporcionou o progresso do tratamento aos pacientes com transtorno mental?

O tratamento ao pacientes com transtorno mental vem sofrendo modificações ao longo da história possibilitando a construção de um novo modelo de assistência a esses indivíduos. Diante desta perspectiva notou-se a necessidade de um estudo sobre a história da saúde mental enfatizando o cenário da cidade de Barbacena – Minas Gerais como uma referência de modelo de assistência de saúde mental.

Fundamentado nesta revisão, este estudo tem como objetivo refletir sobre a história da saúde mental, suas modificações ao longo do tempo e a evolução até os dias atuais para a reintegração desse grupo de pessoas à sociedade, assim como identificar através da história a

¹ http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&

² http://www.scielo.br/scielo.php?pid=-21002006000200013&script=sci_arttext.

evolução da saúde mental e analisar as formas de tratamento disponíveis para o cuidado de pessoas com transtornos mentais.

Para a realização deste trabalho, está sendo adotada uma revisão bibliográfica não sistemática através de análise de artigos científicos, livros específicos e documentos eletrônicos. Como base de dados serão utilizados sites de busca como *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*; BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações e Ciências da Saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena.

2 RESGATE HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2008)³, a psiquiatria traz, ao longo da sua história, diferentes formas de tratamento aos pacientes com transtorno mental e comportamental. No início do século XIX, esses indivíduos eram considerados objetos de investigação científica e isolados da sociedade devido aos indesejáveis comportamentos sociais em hospitais sem quaisquer condições para atendê-los.

Gonçalves e Sena (2001)⁴, destacam que o enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade de aproximadamente 200 anos, e que a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII.

No entanto, na virada do século XVIII começou a haver uma predominância do pensamento ligado à doutrina organicista. O apego aos tratamentos físicos resultou das dificuldades práticas do tratamento moral e a urgências determinadas pela superpopulação nos manicômios. O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou fortemente o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os alienistas buscassem causas orgânicas da loucura e desenvolvessem conseqüentemente, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos (SOARES, 1997).

³ http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf.

⁴ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt&nrm=iso.

Ressalta Pessotti (1996 *apud* SOARES, 1997), que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um instrumento de cura, mas apenas um lugar onde o louco se submete a diversos tratamentos físicos.

Como ressalta Castel, (1978 *apud* AMARANTE, p.49, 1996), o isolamento cientificamente fundamentado afasta o louco da família, da cidade, da sociedade: “a seqüestração é a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura” e “ a partir desse principio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental”.

O primeiro e mais fundamental principio terapêutico do tratamento moral, o principio do isolamento do mundo exterior é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio no qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo (AMARANTE, 1996).

De acordo com Soares (1997), um dos médicos precursores da psiquiatria foi Phillipe Pinel, nomeado diretor do hospital Bicêtre, em Paris, separou e classificou os diversos tipos de desvio ou alienação mental, com o objetivo de estudá-los e tratá-los. Deste modo surgiu o hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental.

Segundo Piccinini e Oda (2006)⁵, no Brasil colonial e durante parte do Império, a ordem jurídica era determinada pelas Ordenações do Reino e nelas a loucura possuía várias denominações: "desassisados", "sandeus", "mentecaptos" ou "furiosos"; eram ali contemplados ainda os "desmemoriados" e os "pródigos".

No Código Criminal do Império em 1830, os doentes mentais foram denominados loucos de todo gênero, termo que se manteve no Código Civil de 1916. Essa legislação que tratava da loucura mostrava uma constante preocupação com a proteção das pessoas sofredoras, o atendimento aos loucos era tarefa da Irmandade da Misericórdia e esteve nas mãos da Santa Casa até a proclamação da República em 1889. A partir de 1890, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados (PICCININI; ODA, 2006).

⁵ <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>.

De acordo com Rocha (1989 *apud* MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2008)⁶, a psiquiatria nasce, no Brasil com o desígnio de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia finalidade em buscar uma cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, mais sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amofinada, a questão principal era o isolamento dos doentes mentais e não o tratamento.

Pereira (2007)⁷, coordenadora do Museu da Loucura em Barbacena nos conta que o primeiro hospital psiquiátrico de Minas foi criado em 1903, como Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais, onde antes funcionava um Sanatório particular para tratamento de tuberculose, o qual havia falido e estava desativado. Instalado então, nas dependências do antigo Sanatório de Barbacena, o “hospício”, segundo registros históricos, está situado nas terras da antiga “Fazenda da Caveira” cujo proprietário era Joaquim Silvério dos Reis, conhecido na história mineira como o delator do movimento dos Inconfidentes. Entrava em funcionamento o Hospício de Barbacena, depois, Hospital Colônia de Barbacena que teve como primeiro diretor o Dr. Joaquim Antônio Dutra. Sua capacidade inicial era de 200 (duzentos) leitos.

O maior desses hospitais, hoje administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), começou a funcionar em 1903, numa imensa área rural (cerca de oito milhões de m²), nas terras da Fazenda da Caveira, que pertencera a Joaquim Silvério dos Reis – o delator da Inconfidência Mineira. As instalações desse hospital abrigaram anteriormente uma clínica de repouso e clínica para os nervos e, posteriormente, um Sanatório para Tuberculosos. Era uma instituição para ricos. Com a falência do sanatório, o prédio foi ocupado por um hospital psiquiátrico, em que os pacientes se dividiam em pagantes e indigentes (BARBACENA, 2008).

No entanto, no início do século XX, iniciou-se uma mudança nesse paradigma, devido principalmente aos movimentos em favor dos direitos humanos, ao avanço da psicofarmacologia e ao surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008).

Nesta mesma época, essas instituições surgem com novos nomes: Hospício passa a ser chamado de Hospital; Alienado de doente mental; asilado passa a ser interno; no ambulatório ele é egresso, se oriundo da hospitalização. Então, torna-se paciente do ambulatório; no consultório ele é paciente, cliente, analisando ou está em terapia. Na perícia é caso ou

⁶ http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf.

⁷ http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1

periciando; assim, a loucura recebe os nomes de alienação mental, insanidade; depois doença mental, transtorno mental e ultimamente, sofrimento psíquico (SOARES,1997).

Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão (ESPERIDIÃO, 2001)⁸.

A psiquiatria moderna nos tem ensinado que a doença mental existe desde sempre, uma descoberta aqui, outras acolá vão se somando e com a acumulação das observações, chega-se a um estágio do conhecimento que possibilita fundar a medicina mental, primeira especialidade médica (AMARANTE, 1996).

Segundo Ministério da Saúde (2003 *apud* ESPERIDIÃO, 2001), existem estimativas de que cinco milhões de pessoas, ou seja, 3% dos brasileiros necessitam de cuidados permanentes por apresentarem transtornos mentais severos e permanentes e, mais de 20 milhões de pessoas no país, 12%, precisam de atendimento eventual, por apresentarem transtornos menos graves. Faz-se necessário, portanto, construir um projeto terapêutico cujas transformações devem ser discutidas, elaboradas, incorporadas e articuladas com os setores sociais envolvidos no modelo de atenção em saúde a ser proposto.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

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

⁸ <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

Os movimentos sociais e de profissionais começam a se mobilizar e a discutir a situação dos pacientes com transtornos mentais, ressaltando a necessidade da “ruptura do conhecimento tradicional da psiquiatria clássica por um novo cuidar, por uma nova construção de saberes e práticas, instituições que resultaram na reforma psiquiátrica” corroborando para a desinstitucionalização progressiva com a reinserção desses pacientes na sociedade (RESGALLA, 2004, p.25 *apud* CAMPOS; SAEKI, 2009)⁹.

Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2008).

Costa (2007) menciona que a lei federal estabelecida em 1999, pela Política Nacional de Saúde Mental, relacionada com a reforma dos serviços de saúde mental no Brasil, sublinha que a população brasileira tem o direito de ser tratada na comunidade. A Política Nacional de Saúde Mental menciona especificamente a formação e a supervisão de profissionais de saúde geral em questões de saúde mental como uma prioridade estratégica para a integração da saúde mental nos cuidados primários.

Diante da Reforma Psiquiátrica, surgem novas perspectivas de tratamento ao **portador** de distúrbios mentais, tornando-se necessário construir e adaptar estruturas e recursos de atenção aos doentes mentais, de forma a incluí-los em seu meio social (COSTA, 2007).

Segundo a secretaria municipal de saúde (Barbacena, 2008) as denúncias contra o tratamento desumano no interior dos manicômios, que se iniciam no final da década de 70 e tomam força nos anos 80 e 90, citam os hospitais de Barbacena e começam a mobilizar a sociedade. Na crença de que o paciente com transtorno mental pode e deve ser tratado sem ser retirado do seu meio familiar e social e sem ficar trancafiado, sem liberdade, no hospital psiquiátrico é que se sustenta toda a revolução na atenção à saúde mental.

Basaglia dizia que a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença. Um passo importante para a desinstitucionalização foi o reconhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura. A psiquiatria mesmo reformada continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz. Entendemos que é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas também as ideias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam (AMARANTE, 1994).

⁹ http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31263_4066.PDF.

Mesquita, Novellino e Cavalcante (2008), destacam que na década de 80, ocorreram vários encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza, o II Congresso Nacional do MTSM (Movimento dos trabalhadores em saúde mental), em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema, “por uma sociedade sem manicômios”.

Fraga, Souza e Braga (2006) ainda ressaltam que o processo de Reforma Psiquiátrica começou a ser pensado nos diversos encontros de trabalhadores de saúde mental que se realizaram, principalmente, em cidades da região Sudeste. Posteriormente, com abrangência maior, realizam-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001, visando denunciar as degradantes da assistência que era prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos, a baixa qualidade prestada pelos profissionais, o desrespeito e o melhor modo de transformação dessa realidade.

Logo, a desinstitucionalização trata o sujeito em sua existência em relação com suas condições concretas de vida, em que consistem não apenas na administração de fármacos e psicoterapias, mas na construção de possibilidades. O doente antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania torna-se sujeito e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995)¹⁰.

A desinstitucionalização, não poderia representar o desamparo dos doentes ou o simples envio para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos doentes mentais (AMARANTE, 1996).

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. A questão crucial da desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos (GONÇALVES; SENA, 2001).

¹⁰ <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>.

Como nos mostra Colvero, Costardeide e Rolim (2004)¹¹, em nosso país, o processo da Reforma da Assistência Psiquiátrica vem apresentando avanços nos últimos trinta anos; todavia, embora haja inúmeras iniciativas bem sucedidas no campo da saúde mental, a cultura asilar ainda está muito presente em nosso cotidiano como o recurso assistencial de mais fácil acesso à população.

Houve então a necessidade de lutar pelo resgate da cidadania dos doentes mentais durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental nos anos de 1987, quando foram traçadas estratégias para processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, civil e penal, modificações essas que dariam suporte ao novo enfoque de cidadania que se queria constituir. Nessa mesma Conferência foram definidos os pontos principais do novo modelo de assistência em saúde mental e que foi aperfeiçoando posteriormente (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Resgatar a cidadania do doente mental é a marca distintiva do processo de reforma psiquiátrica brasileira, tendo por objetivos questionar o modelo assistencial até então vigente, propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria. Seus objetivos são: reverter o hospitalocentrismo, implantando rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional; proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos ou a ampliação dos existentes e fazer desativação progressiva dos leitos existentes; inserir leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; integrar a saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

4 MODELOS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Amarante (1994) relata que uma das dificuldades da renovação institucional não está em organização de novas bases liberais na jornada dos internos, mas nos obstáculos que a equipe terapêutica (referindo-se também aos enfermeiros), está no esforço de renovar a si mesma, com os internos, modo tal a permitir a si mesma e aos internos readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade.

¹¹ <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>.

A psiquiatria, ao ocupar-se da doença, não encontra o sujeito doente, mas um amontoado de sinais e sintomas; não uma biografia, mas uma história pregressa; não um projeto de vida, mas um prognóstico; cuida de sujeitos concretos em sua existência-sofrimento, e não de suas doenças em abstrato (AMARANTE, 1996).

É fundamental que sejam criados e adaptados estruturas e recursos de atenção ao doente mental, de forma a incluí-lo no seu meio social.

Como nos mostra Silva (2009)¹² o processo da Reforma Psiquiátrica ao adotar na dimensão teórica-conceitual o paradigma da desinstitucionalização como desconstrução, fez emergir na dimensão técnica-assistencial experiências inovadoras no país, calcadas no Modo Psicossocial. As experiências pioneiras foram o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira – CAPS, em São Paulo, em 1987 e o Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste – NAPS, em Santos, em 1989.

O CAPS atenderia, de acordo com o projeto, a clientela considerada “socialmente invalidada”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexidade”, pessoas que “tenham enveredado por um circuito de cronificação”, pessoas com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social” e “pessoas com graus variáveis de limitações sociais” (SILVA, 2009).

O primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS surgiu em 1989, simultaneamente ao processo de intervenção do município na Casa de Saúde Anchieta, “hospital psiquiátrico construído na década de 50 para funcionar como moderno centro de assistência psiquiátrica”, ficando conhecido com o passar do tempo como “Casa dos Horrores” (NICÁCIO, 1994, p. 48 *apud* SILVA, 2009).

Segundo a Cartilha do Ministério Público Federal, o direito à saúde mental é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal, para assegurar bem estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional (BRASÍLIA, 2001)¹³.

A Cartilha Direito à Saúde Mental diz sobre a Lei Federal nº 10.216/2001, uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo

¹² http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25728_silvafmm.pdf

¹³ http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/

como direitos: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Esta mesma Lei Federal nº 10.216/2001, citada na Cartilha Direito à Saúde Mental, também diz que as pessoas com transtornos mentais tem o direito a ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

De acordo com Brasil (2011)¹⁴ a rede de saúde mental conta atualmente com 1650 CAPS, 596 Residências Terapêuticas, 3.832 beneficiários do Programa De Volta para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais, de acordo com o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho – CIST.

Dentre esses novos projetos, há políticas específicas para os moradores dessas instituições, como a prevista na portaria 106/2000, que cria as residências terapêuticas; a lei 10.216/2001, que formaliza a proteção a essas pessoas; e a lei 10.708/2003, que dispõe sobre o programa de Volta para Casa. O programa de Volta para Casa foi proposto pelo Ministério da Saúde, por meio da lei 10.708, de 31 de julho de 2003, e regulamentado pela portaria 2077, de 31 de outubro de 2003. Trata-se de uma estratégia política que tem, como meta, efetivar a inserção, no convívio social, das pessoas acometidas por transtornos mentais, egressas de longas internações em instituições psiquiátricas conveniadas ao SUS (CAMPOS, SAEKI, 2009).

O Programa de Volta Para Casa inclui a nossa cidade de Barbacena situada na Serra da Mantiqueira, a 169 km da capital mineira e conta hoje cerca de **124.600 habitantes**.

O ponto até ao qual a saúde mental é atualmente parte dos cuidados primários varia de município para município. Um modelo de integração que está a ser cada vez mais utilizado consiste em cuidados colaborativos entre profissionais da atenção primária e de

¹⁴ http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf.

saúde mental através de uma rede (matriciamento). Neste modelo, formação e supervisão de saúde mental são prestadas por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de Estratégia Saúde de Família (ESFs), com base em consultas conjuntas e intervenções multidisciplinares (COSTA, 2007).

No que tange a Assistência Psiquiátrica Hospitalar cerca de 18.500 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada como resultado dos mecanismos de avaliação dos hospitais psiquiátricos e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH). Temos ainda que cerca de 46% dos leitos psiquiátricos estão hoje em hospitais de pequeno porte, com até 160 leitos. Hoje os gastos federais com ações extra hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. Ao final de 2010, mais de 70% do recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias (BRASIL. 2011).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL 2011) a cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%, em julho de 2011 temos agora 1650 CAPS e 68% de cobertura. Permanece como desafio a expansão de serviços para populações específicas, dependentes químicos (CAPS álcool/drogas – CAPSad), infantil (CAPS infantil - CAPSi) e de atenção 24 horas (CAPS III). Os tipos de CAPS existentes hoje são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, CAPSad III.

De acordo com a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, no Artigo 4.1.f, que estabelece que o CAPS deve funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL. 2011).

No Artigo 4.1.1 da Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 diz que a assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. A diferença entre os CAPS I e CAPS II é a população da cidade / região. No CAPS I população entre 20 mil e 70 mil e no CAPS II de 70 mil a 200 mil (BRASIL. 2011).

Já o Artigo 4.1.2, do Ministério da Saúde (BRASIL. 2011), estabelece sobre os Recursos Humanos que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por 01 (um) médico com formação em saúde mental; (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Sobre o Serviço Residencial Terapêutico, atualmente são 596 módulos em funcionamento, com o total de 3236 moradores em todo o país (BRASIL. 2011).

Programa de Volta para Casa (PVC) é essencial para o processo de desinstitucionalização, mas o ritmo de incorporação de egressos ao PVC é menor que o desejável, pois se relaciona com as dificuldades do processo de desinstitucionalização. Para que logre êxito, a desinstitucionalização deve ser empreendida conjuntamente pelos três entes gestores (Federal, Estadual e Municipal), segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL. 2011).

As dificuldades se explicam tanto pela necessidade de maiores investimentos na organização da Rede de Atenção Psicossocial de base comunitária, como também por especificidades do próprio processo de institucionalização/ desinstitucionalização, considerando que a longa permanência nos Hospitais Psiquiátricos não se justifica pela situação clínica, mas por questões familiares, sociais, culturais, econômicas e políticas (BRASIL. 2011).

A rede em saúde mental no município de Barbacena – MG conta hoje com CAPS II dispondo de leito retaguarda em parceria com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG atendendo a macro região, Consultório de Rua e Escola de Redução de Danos, Hospital Dia – Álcool e Droga – FHEMIG, Hospital Psiquiátrico também da Rede FHEMIG para internação de agudos, além de 28 residências terapêuticas e mais de 150 moradores, todos eles egressos de internações psiquiátricas que duraram o tempo de toda uma vida: 30, 40 e até 60 anos de exclusão social e maus tratos.

Existe também de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. 2011) o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que estimula ativamente a implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda no campo de saúde mental através de incentivos financeiros e

capacitações regionais sobre empreendimentos solidários. O repasse de incentivo financeiro aos estados e municípios, instituído pela **Portaria no 1169 de 7 de julho de 2005**, proporcionou importante expansão e fortalecimento dessas experiências que somam hoje de acordo com o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), 640 iniciativas distribuídas por todo o país.

Outro sistema de atendimento aos **portadores** de transtornos mentais de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) são os Consultórios de Rua que são dispositivos públicos que oferecem cuidados básicos de saúde para população vulnerável no próprio contexto de rua, em ação conjunta com outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros, e na estratégia de Redução de Danos, **Até** o momento 73% dos Consultórios de Rua que receberam financiamento do SUS estão em fase de levantamento de campo ou já realizam ações em campo. A partir de 2011 os Consultórios de Rua passam a integrar as ações da Atenção Primária nos territórios.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar através do estudo desenvolvido que a história da psiquiatria teve uma grande evolução através dos tempos, progredindo consideravelmente os métodos de tratamento aos pacientes com transtornos mentais.

O pensamento de resgatar a cidadania do doente mental tornou-se a marca distintiva do processo da reforma psiquiátrica, com o questionamento do modelo assistencial visto anteriormente, com propostas de estratégias de transformação, visando um novo paradigma para a psiquiatria.

Observamos no contexto as denúncias sobre precariedade dos tratamentos e da assistência psiquiátrica aos pacientes, as denúncias quanto à política brasileira de saúde mental visando as condições públicas ou privadas de atendimento à população, os tipos de tratamentos desumanos, o questionamento do modelo de assistência prestada à população e familiares.

A partir das Conferências Nacionais realizadas em nosso país, que priorizaram os investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, teve início o grande passo para a desinstitucionalização.

O processo de desinstitucionalização não poderia representar o desamparo dos doentes, sem antes ser implantada uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar desses pacientes.

O grande passo para o sucesso na saúde mental foi a implantação das reformas vistas atualmente que são as Residências terapêuticas e os CAPs, em que permanece como desafio a expansão de serviços para populações específicas, como os dependentes químicos, o atendimento infantil, e até mesmo a atenção 24 horas aos pacientes com transtorno mental.

A reintegração desse grupo de pessoas à sociedade foi de extrema importância para a história da psiquiatria no Brasil e no mundo, tratando o paciente com transtorno mental, com mais humanização tendo uma maior atenção do poder público e do Sistema Único de Saúde.

A partir dos resultados obtidos existe a possibilidade e necessidade de aprofundamento através de novos estudos e, principalmente de elaboração de projetos de intervenção na prática que possam contribuir para a transformação da realidade com vistas a estabelecer humanização, integralidade e qualidade de vida a todas as pessoas envolvidas: desde os portadores de transtornos mentais até profissionais de saúde, passando é claro pela família e todos os que convivem de maneira direta ou indireta com estes indivíduos.

A HISTORY OF MENTAL HEALTH: A BRIEF THEORETICAL REFLECTION

ABSTRACT

The treatment of patients with mental disorders has undergone modifications over time allowing the construction of a new model of care for these individuals. Faced with this prospect was noted the need for a study on the history of mental health emphasizing the scenery of the city of Barbacena – Minas Gerais as a reference model of care with respect to networked devices and services through the Unified Health System – SUS to patients with mental disorders. This paper studies conducted through bibliographic leads us to reflect on the history of mental health changes over time and the evolution to the present day for the reintegration of patients with mental disorders to society, recuing citizenship through the process of reform psychiatric care model questioning the previously seen and the proposed conversion of a new paradigm for psychiatry. Makes an alert throughout history to identify the evolution of mental health, the forms of treatment available for the care of people with mental disorders and how the city is part of Barbacena Psychiatric Reform sheltering in their homes today Therapeutic patients discharged from long hospitalizations psychiatric. We

observe the trajectory of political strategies, the struggle of healthcare professionals with the goal of inserting social life, people affected by mental disorders, hospitalized in psychiatric institutions the SUS and private institutions.

Keywords: History. Psychiatry. Services substitutes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE; Paulo Duarte de Carvalho. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. 1. ed, Rio de Janeiro, 1994.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, *Novos sujeitos, Novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul./set. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, *O Homem e a Serpente: outras Histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1.ed, Rio de Janeiro, 1996.

BANHESCHI, Luiz Alberto. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. 104 p. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BARBACENA, Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de volta pra casa: A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental*. 2008. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/barbacena01.html>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados 9, Ano VI, n. 9, jul*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf>. Acesso em: 04 out 2012.

BRASIL, Ministério Público Federal/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, *Cartilha Direito à Saúde Mental*. Brasília, abr. 2001. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/>. Acesso em 10 ago. 2012.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; SAEKI, Toyoko, *Programas de desinstitucionalização: estratégias das políticas de saúde mental*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 474-483, set./dez. 2009. Disponível em: <http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31263_4066.PDF>. Acesso em: 10 ago. 2012.

COLVERO, Luciana de Almeida; COSTARDE IDE, Cilene Aparecida; ROLIM, Marli Alves, Família e doença mental, a difícil convivência com a diferença. Revista Escola Enfermagem USP. v. 38, n. 2, p.197-205, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

COSTA; Isabela Rodrigues, O Contexto de pacientes com Distúrbios mentais: do tratamento à perspectiva de reintegração. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde UNIPAC, Montes Claros, nov. 2007.

COSTA, Jurandir Freire. História da Psiquiatria no Brasil – Um Corte Ideológico. 3. ed. Rio de Janeiro, 1980.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.3, n.1, jan/jun. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.19, n.2, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=-21002006000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar./abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

MESQUITA, Jose Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

OMS, Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012.

PEREIRA, Lucimar. Histórico do Museu da Loucura, Barbacena, ago. 2007. Disponível em: <http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1>, Acesso em: 06 nov. 2012.

PICCININI, Walmor J. ;ODA, Ana Maria G. R. A Loucura e os Legisladores: História da Psiquiatria., v.11, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>>, Acesso em: 10 ago. 2012.

SILVA, Flaviana Mara da. Assistência aos pacientes em crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, out. 2009. Disponível em:<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25728_silvafmm.pdf>. Acesso em 03 out. 2012.

SOARES, Jorge Marco Aurélio. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 1997. p.117. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&>, Acesso em: 10 ago. 2012.