

## **2. Do manicômio à desinstitucionalização**

Para refletir sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde junto aos portadores de transtorno mental a partir do paradigma preconizado pela Reforma Psiquiátrica necessário se faz abordar o processo de construção do paradigma psiquiátrico convencional, buscando conhecer e resgatar um pouco da trajetória do cuidado com a loucura. Assim, neste capítulo fazemos um breve resgate histórico da loucura; do movimento da Reforma Psiquiátrica; da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da reestruturação da rede psiquiátrica tendo em vista as exigências do processo de desinstitucionalização.

### **2.1. Breve resgate histórico da loucura**

Na atual conjuntura brasileira, o campo de saúde mental tem sido fortemente marcado por debates em torno da Reforma Psiquiátrica e do novo modelo de tratamento voltado para a promoção e inclusão social do portador de transtorno mental e que tem como princípio a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico. Com o processo de desinstitucionalização, torna-se necessário investimento de novos recursos de atenção à saúde mental com o objetivo de diminuir as demandas de internação psiquiátrica e, assim, possibilitar um tratamento ambulatorial, setorizado, com vistas a uma não reincidência do quadro de internação e de isolamento. Este novo modelo, contudo, é fruto de um processo histórico de desconstrução dos antigos hospitais gerais que tinham no isolamento e na exclusão a base de suas intervenções e cujos fundamentos são encontrados no Séc. XVII, em vários países europeus.

Até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médicas. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade, como os

leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos, sendo lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época. No entanto, as pessoas eram internadas nessas instituições não para serem curadas, mas, para serem separadas da sociedade à qual poderiam ameaçar, contagiar ou, ainda, para morrer em um ambiente protegido. A essa estrutura institucional, Michel Foucault (2005) denominou de Grande Internação ou Grande Enclausuramento por sua natureza de controle e segregação. Vale sinalizar que o poder exercido no interior dessas Instituições pertencia à Igreja e ao Estado, mas em função das revoluções francesa e industrial, do surgimento de novos atores sociais – a burguesia, a classe média, o proletariado - e do surgimento de uma nova racionalidade na produção do conhecimento, essas instituições vão gradativamente se transformando em instituições médicas.

Em fins do século XVIII a loucura passa a ser percebida inicialmente como uma alienação e mais tarde como doença que precisava ser observada, estudada, classificada e tratada. A Psiquiatria surge como uma área de saber próprio e o manicômio se torna o local privilegiado de tratamento da doença mental.

A princípio, a Psiquiatria não surge como uma especialização do saber ou área da ciência médica, mas como um ramo especializado da higiene pública. Foucault argumenta que:

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (2005, p. 175)

O médico Phillipe Pinel - um dos primeiros alienistas (como eram chamados os médicos que foram os precursores da psiquiatria), ao ser nomeado diretor do Hospital de Bicetrê, uma instituição assistencial e filantrópica na França no final do século XVIII, inspirado nos ideais da Revolução Francesa começou a separar e classificar os diversos tipos de "desvio" ou "alienação mental" que encontrava, com o objetivo de estudá-los e tratá-los. A loucura para Pinel era merecedora de uma atenção especial, pois acreditava-se que as principais causas da alienação/loucura eram de ordem moral e, no entanto, justificava a necessidade

de isolar o louco no asilo para que recebesse um tratamento digno de acordo com os princípios humanitários e libertários do período revolucionário em questão. (Amarante, 1996)

Desse modo, percebe-se a passagem da visão da loucura para uma esfera crítica e destaca-se Foucault (2005) que historiciza criticamente as condições que possibilitam a construção do saber sobre a loucura.

Conforme Basaglia (2005), o doente mental era uma figura que deveria ser mantida à distância, para que não perturbasse o cotidiano e a ordem da sociedade. A necessidade de isolar o doente mental também resulta no fato da sociedade buscar a eliminação do que limita sua expansão. Além disso, a doença mental é vista como um problema social que necessita ser resolvido “fora” da sociedade, uma vez que o doente mental significa uma ameaça à ordem social.

Nesse sentido,

Foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar... O manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas, até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. (Basaglia, 2005, p. 49)

Deste modo surgiu o hospital psiquiátrico ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. O chamado "tratamento moral" praticado pelos alienistas incluía o afastamento dos doentes do contato exterior com todas as influências da vida social e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o "desenvolvimento natural" da doença. Segundo Basaglia (2005), o manicômio surgiu nas periferias das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros. A figura do doente mental deveria ser mantida à distância, para que não perturbasse a ordem e o ritmo da sociedade. Esse fato retrata que a sociedade tende a eliminar tudo o que perturba sua expansão, sem refletir sob sua responsabilidade nesses processos.

De acordo com Basaglia,

A institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional. (2005, p. 259)

Os estudos de Goffman (1990)<sup>3</sup> sobre as instituições totais revelaram que numa instituição total, mesmo quando o sujeito tinha a capacidade física e mental para realizar determinadas atividades, não o fazia porque não tinha autoridade para isso. A submissão dos corpos e mentes era total.

O espaço fechado do hospital psiquiátrico resulta na perda da liberdade e individualidade do doente mental, além da fragilização dos laços familiares e sociais. Na visão de Basaglia (2005), quando o doente é internado em uma instituição psiquiátrica, ele encontra um mundo com novas regras e estruturas que resultam em uma maior alienação, uma vez que ele encontra-se segregado, excluído, isolado da vida em sociedade. O referido autor discorre que a institucionalização corresponde a um homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, destruído pelo poder da instituição que têm o objetivo de limitar e coagir o doente mental.

A institucionalização trouxe inúmeras conseqüências para o portador de transtorno mental como, por exemplo, a fragmentação e/ou extinção do convívio familiar; perda da identidade, liberdade; negação da subjetividade e de todos os direitos; incapacidade de exercer a cidadania.

O poder institucionalizante, por conseguinte,

É o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando o doente fechado no espaço da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível. (Basaglia 1985, p. 250)

O autor explicita claramente o significado da institucionalização à qual o doente mental é submetido a opressão e vítima do abuso de poder dos técnicos.

---

<sup>3</sup> Refiro-me ao livro *Manicômios, prisões e conventos*, Ed. Perspectiva, 2206.

Também ressalta que a internação está permeada por situações de exclusão, distanciamento da realidade social, perda da liberdade e direitos.

## 2.2.

### O movimento da Reforma Psiquiátrica

De acordo com Amarante (2005), existem dois grandes e importantes períodos que demarcam o campo teórico da psiquiatria. O primeiro refere-se ao processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelo alto índice de cronificação na qual acreditava-se que o manicômio era uma “instituição de cura” e, nesse sentido, fez-se necessário uma reforma da organização psiquiátrica. Esta reforma envolveu os movimentos de Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e de Psicoterapia Institucional (França). O segundo período é marcado pela expansão da psiquiatria no espaço público, objetivando prevenir e promover a “saúde mental”. Este momento é representado pelas experiências da Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA).

O termo comunidade terapêutica caracteriza um processo de reformas institucionais, restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas por medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas com objetivo de transformar a dinâmica asilar institucional (Amarante, 1995, p. 28).

Amarante (1995) discorre:

Datada sócio-historicamente do período do pós-guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada a lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não tolerava mais conviver. Não mais era possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação, em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. (Amarante, 1995, p. 28)

Nesse contexto, os asilos psiquiátricos encontravam-se em um quadro de extrema precariedade e não cumpriam a função de recuperação dos doentes

mentais. Perante essa situação, tem início o surgimento de propostas de reformulações do espaço asilar. Uma dessas propostas é a “terapêutica ativa” fundada por Hermann Simon na década de 20. Para ele o trabalho do enfermo mental revelou-se proveitoso e o ambiente do estabelecimento foi todo transformado. Segundo Amarante (1995), essa foi a primeira referência para o surgimento da comunidade terapêutica e também da psicoterapia institucional francesa.

De acordo com Birman

A praxiterapia dos anos vinte, estabelecida por Simon, retomou o mito de que o trabalho será a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabelecerá um sujeito marcado pela sociabilidade da produção. (1992, p. 74)

Segundo Amarante (1995), vale destacar que Maxwell Jones foi o principal autor e operador prático da comunidade terapêutica, organizando os internos do Hospital de Belmont (Inglaterra) em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetivando o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com as demais. As reuniões diárias e assembléias tinham o intuito de dar conta das atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas.

Segundo Jones appud Amarante:

A idéia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de tratar grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico. Mais que isso, através da concepção de comunidade, procurava-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição. (1972, p. 55)

Basaglia que administrou a Comunidade Terapêutica do Hospital de Gorizia, relata que:

A comunidade terapêutica é um local que todos os componentes, doentes, enfermeiros e médicos estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação

terapêutica recíproca. É o jogo das contradições - mesmo no nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos – que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis. (1985, p.118)

A comunidade terapêutica foi um momento importante para o início da superação do modelo hospitalocêntrico, contribuindo para a humanização das instituições, socialização das ações e convivência e dinâmicas de grupo entre pacientes, profissionais e familiares.

Além da comunidade terapêutica, é importante citar a psicoterapia institucional institucionalizada em 1952 sendo utilizada por Daumezon e Koechlin, em hospitais franceses. Segundo Amarante (1995), o objetivo da psicoterapia institucional refere-se ao coletivo dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade, uma vez que a mesma produz um campo de alienação social em que é reprimido todo o desejo atrás de uma “courageira” de defesa: estatuto, uniforme, poder.

Para Birman (1992), na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional, “a pedagogia da sociabilidade realiza-se num registro discursivo e num contexto grupal em que se pretende a regulação do excesso passional da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos internados” (p. 85).

É importante destacar outros movimentos de contestação da psiquiatria asilar, como por exemplo, a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva. A psiquiatria de setor visava dividir o hospital psiquiátrico em várias áreas da comunidade de tal forma que cada divisão hospitalar correspondesse a uma área geográfica e social.

De acordo com Amarante (1995), a psiquiatria de setor produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, possibilitando uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital. Além disso, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a comunidade e, com isso, o paciente recebe o tratamento em sua própria comunidade o que se torna um fator terapêutico e, ao mesmo tempo, inclusivo.

Amarante (1995) ressalta:

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a pós-cura das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica. (p. 35)

Em que pese o avanço apresentado pela psiquiatria de setor, na opinião de Rotelli (1994),

A experiência francesa de setor não apenas não pode ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura. (p. 150)

Percebe-se que se iniciava uma discussão em torno de novas práticas voltadas para uma psiquiatria que visava instituir uma superação ao modelo manicomial, mas, todas as práticas discutidas até aqui ainda possuíam resquícios conservadores quanto à institucionalização dos pacientes.

A proposta da psiquiatria preventiva nasce nos EUA, nos anos de 1960, propondo intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando não apenas a prevenção das mesmas, mas, a promoção da saúde mental. Segundo Amarante (1995, p. 36) os EUA estavam vivenciando problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangues de jovens ‘desviantes’, o movimento beatnik, enfim, toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia.

Assim, o ponto central dessa perspectiva é o conceito de “crise”, entendido como momento crucial no qual um sujeito vivencia um problema que poderá ou não se desdobrar em transtornos mais graves.

No entendimento de Birman & Costa, os três níveis de psiquiatria preventiva são assim definidos:

1º- Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e/ou

do meio. 2º - Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental. 3º - Prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria. (1994, 54)

O projeto da psiquiatria preventiva determinava que as intervenções precoces, primária e secundária, evitassem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, dessa forma, decretando a ineficiência do hospício psiquiátrico.

De acordo com Koda (2002), os movimentos desenvolvidos na Inglaterra, França e EUA trouxeram avanços significativos no sentido de questionar o modo como estava estruturada a assistência à doença mental e a desumanidade do tratamento nos hospitais psiquiátricos. Porém, isso não implicou em um questionamento mais profundo sobre o próprio papel da psiquiatria como instrumento de controle social. O percurso de críticas ao saber psiquiátrico e de suas instituições foi desenvolvido posteriormente pelo Movimento de Desinstitucionalização na Itália.

Nesse sentido, com o objetivo de modificar o modelo de tratamento destinado aos doentes mentais, surge na Europa o Movimento de Reforma Psiquiátrica, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia. A experiência do Movimento da Reforma Psiquiátrica, a princípio, segundo Barros (1994) iniciou-se em 1961 com a transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia em comunidade terapêutica. A partir de Gorizia, inúmeras experiências tiveram início sendo a mais famosa a que foi realizada em Trieste. A referida autora revela que na Itália em 1965, havia mais de 100 mil pessoas internadas. No início da década de sessenta um grupo de psiquiatras iniciou atividades de humanização no hospital de Gorizia. O modelo visava abandonar a violência como recurso, eliminando práticas repressivas, sistemas de punições, eletro-choques e impregnação provocada pelo excesso de psicofármacos. Ambas as experiências (Gorizia e Trieste) iniciaram-se sob o olhar de Franco Basaglia.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica visava à extinção dos manicômios, das práticas de exclusão social e violência. Ainda nesse contexto, foi aprovada a Lei 180, em 13 de maio de 1978, que determinou o fim dos manicômios em todo o território italiano, ocasionando o progressivo esvaziamento dos manicômios, definindo a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem às

demandas, abolindo a ligação entre doença mental e periculosidade social (Basaglia, 2005). Além disso, consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental, essa lei ficou mundialmente conhecida como a Lei Basaglia.

A Reforma Psiquiátrica pode ser denominada como o percurso iniciado no final da década de 1970 e pode ser compreendido como:

Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (Amarante, 1998, p. 87).

Rotelli discorre sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, explicando que ela fez parte de um processo de questionamento sobre o lugar das instituições na sociedade. A vida na comunidade dos ex-internos de manicômios passou a privilegiar a qualidade de vida, produção de saúde e cidadania plena. (Rotelli 1991, p. 120).

Amarante (1995) revela que a Reforma Psiquiátrica Italiana refere-se a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural visando à transformação da relação entre sociedade e loucura. Além disso, representa a desconstrução de saberes e formas de lidar com o doente mental e demonstra a possibilidade de responsabilizar-se com o sofrimento de sujeitos, através de um paradigma centrado em um cuidar humano, solidário, afetivo e na (re) construção da cidadania.

No contexto contemporâneo, a Reforma Psiquiátrica intervém no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando as relações desta para com o transtorno mental. Segundo Amarante (2003) isso ocorre através de práticas contra a exclusão e, por outro lado, de estratégias de inclusão social dos sujeitos. Trata-se de um processo com princípios éticos, de inclusão, solidariedade e de cidadania.

Amarante (1995) explicita que:

Entende-se por Reforma Psiquiátrica um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se complementam. Desta forma, com essa dinâmica e pluralidade é, antes de mais nada, um processo. Isto é, algo que tem movimento, que não é estático e nem tem um fim ótimo. **É um processo em construção permanente, porque mudam os**

**sujeitos, mudam os conceitos, mudam as práticas, muda a história!** (p. 59)  
(Grifo meu)

O processo de Reforma Psiquiátrica, conforme Amarante (2003) envolve diversos atores sociais, que são sujeitos das experiências de transformação, incluindo o técnico, o familiar e os demais sujeitos sociais que se envolvem no processo por compreenderem a proposta ética, social e política do processo em questão.

Para resumir a reflexão desenvolvida até o presente momento, cito novamente Basaglia (2005), que afirma que a Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental, construir um novo estatuto social para o louco - o de cidadão como todos os outros e eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Portanto, propõe-se a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial e de base comunitária.

### **2.3. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

No Brasil, a história da assistência psiquiátrica também apresenta uma trajetória bastante semelhante à que acabamos de descrever nas páginas anteriores. O Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, tem no isolamento dos considerados “loucos” a base do tratamento indo de acordo com o pensamento do médico francês Philippe Pinel, que, como visto, colocava o isolamento, entendido como institucionalização /hospitalização integral, um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Desta forma, o funcionamento do referido Hospício tem em sua base a segregação, o confinamento e a tutela, com vistas a conter as pessoas que ameaçam a ordem social. O tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental caracterizava-se pela exclusão da vida em sociedade, via hospitalização, e cronificação da doença.

Após um salto histórico, chegamos no século 20 mais especificamente nos anos de 1940, quando, de acordo com Machado (2004), houve o surgimento do Serviço Nacional de Doença Mental, mas com escassas novidades no aspecto assistencial. A década seguinte foi marcada pela superlotação dos asilos e surgimento de inúmeros hospitais psiquiátricos que se espalhavam pelo país. A referida autora relata que nos anos 60, a maioria dos hospitais públicos encontrava-se em precárias condições de manutenção administrativa e, principalmente, sem perspectivas assistenciais humanas. Nesse sentido, iniciou-se a contratação de leitos psiquiátricos privados pelo Estado. Segundo suas palavras,

Nos anos 70, proliferaram os ambulatórios com o intuito de internar pacientes nos leitos privados. É sabido o que ocorreu a partir daí: tempo exagerado de permanência nos hospitais, atendimento desumano, uso abusivo e quase exclusivo de psicofármacos como alternativa de tratamento, investimento na hotelaria dos hospitais. (Machado, 2004, p. 4)

Esta realidade em muito contribuirá para o que Amarante (1995) considera como o estopim do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil ou seja, o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, (Centro Psiquiátrico Dom Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) deflagraram greve em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. Segundo o referido autor:

A crise da DINSAM foi efetivada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo ao público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato mobilizou profissionais de outras unidades e recebeu o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica. (Amarante, 1995, p.52)

Esse movimento coincide com o período do processo de redemocratização brasileira junto com as pressões dos movimentos sociais interligadas à luta pelos direitos humanos. A partir do processo de redemocratização do país nos anos 70, verificam-se novas exigências relacionadas ao atendimento das necessidades da população, aumento da equidade e justiça social na implementação de políticas

públicas e melhoria na qualidade do serviço público, principalmente na área da saúde. (Teixeira, 2006)

No final dos anos 70, no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, constatam-se críticas ao modelo "hospitalocêntrico" em diversas regiões do Brasil, feitas pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que nasce da crise da DINSAM e, posteriormente, é denominado Movimento Antimanicomial. Tais críticas se pautavam no combate à segregação dos doentes mentais, com ênfase na mudança das condições de tratamento asilar dispensado aos pacientes.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, almejava denunciar a violência ocorrida nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência ao portador de transtorno mental. Para Amarante (1996), o MTSM caracterizava-se por ser: o primeiro movimento em saúde com participação popular não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas, pela luta popular no campo da saúde mental. De acordo com o autor,

O MTSM tinha o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, reunia trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (Amarante, 1996, p. 52)

O autor relata ainda que as reivindicações do MTSM giravam em torno da regularização da situação trabalhista, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletro-choque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços de saúde mental. O MTSM refletia sob um conjunto heterogêneo de denúncias e reivindicações que oscilava entre transformação psiquiátrica e organização corporativa.

Nesse contexto, os ideais da Reforma Psiquiátrica no Brasil ganham visibilidade com o MTSM e, nos anos 80, a crítica à realidade manicomial entra na discussão da esfera pública e inicia a formulação do Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (1989) que propunha a regulamentação dos direitos

das pessoas portadoras de transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios. De acordo com Gondim (2001), o Projeto Paulo Delgado visava em linhas gerais: a proibição da expansão dos leitos manicomial públicos; um novo tipo de cuidado perante o portador de transtorno mental; uma rede de serviços a ser construída pelas administrações regionais de saúde e o fim das internações compulsórias.

No contexto da efetivação da Lei 10.216, iniciam-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em junho de 1987 e teve como pauta a discussão de uma nova política de saúde mental, assegurando a cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, determinando uma rede de atenção integral à saúde mental, respeitando o portador de transtorno mental em sua individualidade e direito. Já a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) estabeleceu princípios e estratégias para uma significativa mudança na área de atenção em saúde mental no Brasil, consolidando alguns objetivos da Reforma Psiquiátrica.

Assim, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciado nos anos 70 tem início o delineamento de uma nova assistência em saúde mental, envolvendo princípios como a humanização do atendimento, a integralidade da atenção e a participação social do usuário, da família e dos técnicos. Estes direitos serão amparados pela Constituição Federal de 1988, na qual se pode vislumbrar a defesa do usuário de saúde mental, que passa a ser visto como um cidadão portador de direitos e digno de receber um tratamento humano visando sua reinserção na sociedade. Dessa forma, é enfocada a humanização no atendimento hospitalar, a partir da década de 1980, com vistas à constituição de um projeto que garanta a operacionalização de um serviço de saúde mental, considerando a dignidade do usuário e respeitando-o como cidadão.

É importante apresentar as diversas dimensões que a Reforma Psiquiátrica envolve no interior do seu processo. Amarante (1996) aponta quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, quais sejam:

- ***Dimensão teórico-conceitual:*** no processo da Reforma Psiquiátrica questionam-se os conceitos de doença, de normalidade, de cura, de periculosidade, a questão do hospital psiquiátrico, as relações entre os técnicos de

saúde, a sociedade e os indivíduos considerados loucos. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica propõe o que denomina de desconstrução das teorias e conceitos da psiquiatria tradicional e o processo começa a operar no modelo de atenção psicossocial. O paciente que no modelo tradicional era visto como louco e incapaz, passa a ser compreendido como um sujeito portador de direitos e com deveres e responsabilidades.

- ***Dimensão técnico-assistencial:*** essa dimensão possui três aspectos básicos, sendo eles: o primeiro destina-se ao planejamento das novas estruturas assistenciais que são os novos serviços de atenção psicossocial; o segundo refere-se ao tipo de atendimento às diferentes demandas de tratamento e o último associa-se com o modelo de atendimento, tipos de terapia medicamentosa, psicoterápica e de sociabilidade. Vale sinalizar que ao mudar a lógica de tratamento, mudam-se as propostas de assistência.

É importante relatar que um dos objetivos específicos da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo de atendimento centrado na hospitalização por uma atenção integrada ao indivíduo em seu território a partir de uma rede de atenção à saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica procura consolidar a formação de uma rede territorial de atenção em saúde mental diversificada, atendendo os diversos tipos de problemas psiquiátricos. Essa rede propicia diferentes projetos assistenciais que não limitam ao tratamento da doença mental em si, mas tratam o sujeito em sua integralidade, visando à inserção social.

- ***Dimensão jurídico-política:*** no espaço manicomial o “louco” não tem voz, cidadania e direitos. É considerado um sujeito incapaz, irresponsável, inimputável, esse é o legado da psiquiatria tradicional. Porém, o processo de Reforma Psiquiátrica procura romper esses estigmas e rótulos, um exemplo é a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, denominada Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

- ***Dimensão sócio-cultural:*** propõe o deslocamento da loucura do espaço médico e psicológico para os diversos espaços do meio social, criando mecanismos de inserção social como grupos teatrais, de lazer, movimentos sociais, entre outros.

Nesse sentido, os profissionais que atuam na saúde e, principalmente direta ou indiretamente com as demandas da saúde mental devem estar preparados para lidar com um modelo de tratamento baseado no território e na integralidade das ações e dos serviços. Além disso, tais profissionais necessitam adquirir uma postura desprovida de preconceitos e estigmas, voltada para a promoção social do portador de transtorno mental.

Contudo, cabe ressaltar que, em que pese toda a articulação do MTSM e as determinações, princípios e estratégias propostas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental o Projeto do Deputado Paulo Delgado será sancionado no país doze anos após sua proposição. No ano de 2001 a Lei Federal<sup>4</sup> 10.216 determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental.

Como se poderá observar, assim como aconteceu na Itália, a Reforma Psiquiátrica no Brasil irá priorizar a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e tem o objetivo de consolidar o cuidado em saúde mental, ou seja, focar na rede de cuidados da atenção básica, buscando desconstruir a lógica excludente do hospital psiquiátrico e possibilitar ao doente mental estratégias para a inclusão social.

Nesse novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com o portador de transtorno mental, e constata-se que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um impossibilitado e que a inclusão social é mais eficaz para a sua reabilitação psicossocial. Nesse sentido, a política de saúde mental necessita de ser implementada a partir de uma agenda empenhada com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e na produção da autonomia das pessoas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira irá possibilitar a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar; a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos

---

<sup>4</sup> “Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o progresso da Reforma Psiquiátrica no Brasil.” (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 2005, p. 3)

psiquiátricos existentes e a consolidação de uma rede de atenção psicossocial, como será abordado a seguir.

#### **2.4.**

#### **Reestruturação da rede psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização**

A partir de 1992 iniciam-se as mudanças institucionais no quadro da saúde mental do Brasil. Tais alterações estavam interligadas ao Projeto de Lei Paulo Delgado e atrelada aos movimentos sociais.

A década de 90 foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e também pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, tais acontecimentos resultam nas primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diárias, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais Dia e também as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

O processo de redução dos leitos em instituições psiquiátricas e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a fazer parte da política pública do Brasil a partir dos anos 90 e ganha expressiva visibilidade em 2002 com normatizações do ministério da Saúde.

O processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais, políticas e sociais na sociedade e depende das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, pois, para implementar as alterações previstas pela Reforma Psiquiátrica é fundamental que a União, estado e municípios estejam interessados e articulados com os ideais da desinstitucionalização.

Segundo Rotelli (1991) o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização tem um significado muito mais amplo do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Para o autor acima referido é o conjunto que é necessário desmontar

(desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o paciente na sua “existência” doente. Rotelli (1991) vê a desinstitucionalização como:

Um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas. (p. 56)

Destacamos, a seguir algumas ações que foram desenvolvidas para colocar em prática a nova Política de Saúde Mental<sup>5</sup> segundo o Ministério da Saúde (2002):

---

<sup>5</sup> Dentre os principais instrumentos que definem a Política Nacional de Saúde no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, incluem-se: **a) Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS / SUS) 2001/2002**; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; **b) Lei nº 10.216 de 06/04/2001**, redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária; **c) Lei nº 10.708 de 31/07/2003, Lei do Programa de Volta para Casa** estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental; **d) Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992**, regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Estabelece normas para o funcionamento de serviços ambulatoriais e hospitalares; **e) Portaria GM nº 106 de 11/02/2000**, cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar; **f) Portaria GM nº 251 de 31/01/2002**, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os 39 hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS; **g) Portaria GM nº 336 de 19/02/2002**, acrescenta novos parâmetros para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência; **h) Portaria GM nº 2.391 de 26/12/2002**, notificação das internações psiquiátricas involuntárias; define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei 10.216; **i) Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003**, define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedido; **j) Portaria GM nº 52 de 20/01/2004**, cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz de redução progressiva de leitos; **k) Portaria GM nº 1.608 de 03/08/2004**, constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, tendo em vista, a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social; **l)**

- **Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados:** o processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo conduzido visa à redução dos leitos de hospitais psiquiátricos acompanhada da construção de alternativas de atenção no modelo comunitário.

- **Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar:** os serviços de saúde como, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas em saúde, Clube de Convivência, entre outros.

- **Programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica:** o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental para além das universidades. Requer o estabelecimento de bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma.

- **Implantação do Programa de Volta para Casa:** este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216 de 06/04/2001 e faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Como estratégia principal para a implementação do Programa foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

- **Implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas:** a Lei nº 10.216 de 06/04/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência. Estabelece, como partícipes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, unidades de atenção básica, CAPS ad, hospitais gerais de referência, a rede de suporte social (associações de ajuda mútua) e, como características principais, estar implicada a

---

**Portaria GM nº 1.935 de 16/09/2004**, destina incentivo financeiro antecipado para Centros de Atenção Psicossocial em fase de implantação. (Ministério da Saúde, 2002, p. 120)

rede de cuidados em DST/AIDS e adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

• **Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica:** a atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com bases territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais.

O modelo de tratamento previsto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira visa atender às pessoas que necessitam de cuidados psíquicos em sua individualidade e em sua relação com o meio social; possui caráter autenticamente democrático e social, pois, busca os direitos do doente enquanto ser humano defende sua cidadania e novas formas de tratamento; luta por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental.

De acordo com Barros (1994), o movimento de desinstitucionalização ao revelar o manicômio como lócus de uma psiquiatria que se articula às imagens de miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade, irá centrar-se na desconstrução desta imagem buscando um modelo de cuidado humanizado.

Goffman (1990) afirma que após um primeiro momento de denúncia da violência das instituições totais, a desinstitucionalização assumiu um caráter de desospitalização ou transinstitucionalização. Ou seja, ocorreu um processo de altas administrativas para instituições não psiquiátricas. Nesse sentido, desse processo resultou uma população que passava a girar de uma instituição para outra, sendo que nenhum serviço assumisse a responsabilidade perante tais pacientes.

Barros (1994) ressalta que os processos de desinstitucionalização partiram da necessidade de por em discussão as instituições criadas no período que Foucault denominou de grande Internação e da necessidade de redefinir para uns e desconstruir para outros a noção de doença mental. Além disso, vale sinalizar que é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas também, as idéias, noções e os preconceitos que a acompanham e modelam.

Ainda segundo Barros (1994), a desinstitucionalização seria desconstrução quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando se compõe um

feixe de estratégias que desmonta e desconstrói as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de internação e de justificação no qual cada elemento se insere.

Com base na necessidade de se colocar em prática as ações previstas na nova política de Saúde Mental são criados serviços de saúde e programas enquanto estratégias de desinstitucionalização voltados para a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, com o objetivo de inserir o portador de transtorno mental em suas atividades diárias, no convívio familiar e na sociedade. São eles:

#### **A) Residências Terapêuticas**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos como componente da Política Nacional de Saúde Mental, surgem visando à superação do modelo hospitalocêntrico. Esses serviços consistem em moradias terapêuticas localizadas geralmente no espaço urbano e visam responder às necessidades de moradias de pessoas portadoras de transtorno mental egressas de hospitais psiquiátricos ou não.

As Residências Terapêuticas promovem a inclusão dos portadores de transtorno mental egressos de hospitais psiquiátricos a partir de uma equipe técnica, de um cuidador e deve acolher no máximo oito moradores. De forma geral, o cuidador deve apoiar os moradores nas tarefas, conflitos cotidianos do morar, do circular na cidade visando à autonomia do usuário. Vale sinalizar que os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são fundamentais com a implantação da Residência Terapêutica e tais residências estão referenciadas a um Centro de Atenção Psicossocial, bem como à rede de saúde mental do município.

A implantação das residências terapêuticas exige dos gestores do SUS uma permanente articulação com a comunidade, vizinhança, profissionais e agentes comunitários de saúde. O Ministério da Saúde pautou-se pela orientação dos municípios para a condução de um trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo de hospitais psiquiátricos, respeitando cada caso e o ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. (Ministério da Saúde, 2007)

## **B) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de longa permanência e regime asilar. Os Centros de Atenção, ao contrário, permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades.

Os CAPS foram oficializados pela Portaria GM 224/92 que os define como “unidade de saúde locais/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. Atualmente, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, tal portaria inclui os CAPS no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação – tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Os CAPS têm a finalidade de acolher pacientes com transtornos mentais, viabilizar a integração social e autonomia, fortalecer os vínculos familiares e comunitários, oferecer atendimento psicossocial através de uma equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, monitor de oficina...).

Os CAPS visam: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar projetos terapêuticos; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica PSF; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental. (Saúde Mental no SUS, 2004, p.13)

De acordo com o Ministério da Saúde, "um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais,

psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. (Saúde Mental no SUS, 2004, p.18)

### **C) Programa de Volta para Casa**

O Programa de Volta para Casa foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Além disso, é uma estratégia de emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução dos leitos psiquiátricos.

O Programa De Volta para Casa atende ao disposto na Lei 10.216 que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Para receber o auxílio reabilitação do Programa a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico e ter indicação para a inclusão em programa municipal de reintegração social.

Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

É necessário uma reflexão a respeito da constituição da rede de atenção básica à saúde mental no Brasil, a partir das mudanças postas pela Reforma Psiquiátrica. Considerando que a partir da Reforma Sanitária a proposta de

atenção básica à saúde reforça entre outros, o atendimento de base territorial, a articulação em rede dos serviços e a integralidade das ações e a territorialidade componentes essenciais para a realização do processo de desinstitucionalização. Essa reflexão será desenvolvida no próximo capítulo quando abordaremos as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e pelos agentes comunitários de saúde que em muito podem contribuir enquanto substitutivos do processo de institucionalização do portador de transtorno mental, uma vez que ambos têm como proposta a prevenção e a integralidade das ações.