

# AS MARCAS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucélia Kelly Alencar De Medeiros<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo expor um relato de experiência de uma profissional da área de Psicologia num Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, promovendo uma reflexão acerca de tal vivência a partir de Amarante (1994), Silveira & Braga (2005), assim como referências do Ministério da Saúde. Tal relato traz reflexões sobre as marcas do modelo hospitalocêntrico nos CAPS III, marcas estas que ocorrem em consequência das concepções acerca de Saúde Mental apresentada por profissionais, usuários, familiares e sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPS.

## ABSTRACT

This article aims to explain an experience report of a professional in the field of psychology in a Psychosocial Care Center - CAPS III, promoting reflection on this experience from Amarante (1994), Silveira & Braga (2005), as well references to the Ministry of Health. This report reflects on the marks in the hospital model CAPS III, these marks that occur as a result of conceptions of Mental Health presented by professional users, family and society.

**Keywords:** Mental Health. Psychiatric Reform. CAPS.

## 1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica surge com o objetivo de romper com o processo de hospitalização, de asilamento, defendendo uma prática voltada para a cidadania, a autonomia, reinserção social e familiar do sujeito com transtorno mental,

---

<sup>2</sup> Endereço eletrônico de contato: [lucelia.alencar@hotmail.com](mailto:lucelia.alencar@hotmail.com)

conseqüentemente, consistindo numa prática mais humanizada, através da qual é possibilitada a promoção da saúde mental.

Diante disso, são criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, instituições que, participando de uma rede de atenção à saúde mental, desenvolvem intervenções junto aos usuários, aos familiares e à comunidade, o que demonstra a compreensão do sujeito com transtorno mental como um todo.

No entanto, vivenciando a prática da área de Psicologia num Centro de atenção Psicossocial – CAPS III, do município de Caicó/RN, foi verificado que estas instituições, as quais foram criadas de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, buscando a construção da Clínica Ampliada, ainda são marcadas pela presença dos Hospitais Psiquiátricos.

Tais marcas podem ser percebidas pela centralização do tratamento do sujeito com transtorno mental no modelo médico, na medicalização, método de tratamento este fortalecido pelas concepções dos usuários e de seus familiares. No entanto, também são verificadas mudanças, dentre as quais se pode destacar a relação horizontal entre profissional e usuários e a busca pela promoção da reinserção familiar e social.

Sendo assim, verifica-se a necessidade de se refletir acerca dessa problemática, visto que tais práticas são de suma importância para o bem estar do sujeito com sofrimento psíquico.

Diante do que foi exposto, percebe-se que a discussão e reflexão acerca das práticas desenvolvidas no CAPS III são de grande relevância para a atualidade. E, acredita-se que o desenvolvimento deste relato de experiência trará importantes contribuições à realidade dos CAPS, fazendo com que os profissionais destas instituições, assim como usuários, familiares e sociedade, melhor compreendam a relevância de romper com práticas fundamentadas no modelo hospitalocêntrico e percebam a relevância de um olhar sistêmico diante desta problemática.

Assim, este artigo será de grande relevância, para nós profissionais de saúde, pois irá aprimorar nossos conhecimentos como também contribuirá para o ensino e a pesquisa trazendo novos subsídios sobre o tema proposto, trazendo grandes contribuições à sociedade.

## **2 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA**

Percebe-se, na atualidade, que o sofrimento mental apresenta-se como objeto de intervenção da ciência, sendo rotulado como doença mental e, em consequência, tornando-se objeto de cura, a qual, geralmente, se restringe à prática de (re)adaptação. Tal concepção de doença mental consiste numa construção sócio histórica, assim, sendo um conceito instável e compreendido a partir de perspectivas diversas. Diante disso, pode-se ressaltar a relevância de se conhecer a trajetória da concepção de loucura.

A loucura na Grécia Antiga estava associada à desrazão, desrazão esta valorizada, uma vez que era tida como divina, ou seja, causada pelos deuses. No entanto, apesar desse privilégio, os 'loucos' não eram considerados normais/iguais, perdendo seus bens, assim como seus direitos como cidadãos. Esta explicação mítica da loucura é rompida na Idade Média.<sup>(1)</sup>

Neste período – Idade Média, o leproso era sinônimo de mal, de castigo divino, então, de exclusão, sendo assim construídos os leprosários. No entanto, a partir da ruptura com os focos orientais de infecção, a lepra deixa de consistir numa ameaça, ocupando, séculos depois, a loucura, o espaço da alteridade radical. Acerca deste processo, pode-se afirmar que:

[...] A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagens do leproso (FOUCAULT apud SILVEIRA & BRAGA, p. 2).<sup>(1)</sup>

Estes estabelecimentos físicos tinham a finalidade de separar, retirar da comunidade, o 'louco', os sujeitos que não se adaptavam às necessidades sociais, portanto, não exigindo, dos seus responsáveis, um saber específico.

A exigência por um saber específico, de acordo com Silveira e Braga<sup>1</sup>, surge no século XIII, passando a loucura a ser objeto do saber médico, conseqüentemente, sendo considerada como doença mental e, assim, podendo ser curada.

Neste período, ressalta-se o saber científico, o que proporciona o surgimento do hospital como o local de tratamento. Este modelo hospitalar necessita da instauração de medidas disciplinares que garantam a ordem social. Desta forma, intensifica-se a segregação do 'doente mental', a partir do afastamento deste do convívio social.<sup>(1)</sup>

Portanto, aumenta-se a crença na racionalidade, aprofundando-se os estudos fundamentados nas teorias neurofuncionais e anatômicas, proporcionando o reconhecimento da hegemonia da medicina, levando ao nascimento da Psiquiatria, que surge como uma especialização da higiene pública.

Diante deste quadro, percebe-se a necessidade da Psiquiatria alcançar o patamar de ciência, sendo necessário para ser incluído no ramo da medicina, a classificação da loucura como doença, comprovando a relevância de se estudar tal objeto – a loucura, associando-a à noção de perigo.

Portanto, a Psiquiatria Clássica, para atender às exigências sociais, caracteriza-se por este processo de asilamento, no qual há ênfase no processo de medicalização social, ênfase no tratamento hospitalocêntrico.

Entretanto, no período pós-guerra surgem os movimentos reformistas da Psiquiatria na contemporaneidade, questionando-se acerca do modelo hospitalocêntrico e do conceito de ‘doença mental’, passando a enfatizar a concepção de ‘existência-sofrimento’.<sup>(1)</sup>

## **2.1 História da psiquiatria no Brasil**

A chegada da Família Real ao Brasil proporciona transformações sociais e econômicas no país, as quais exigem medidas de controle social, posto que são estas que garantirão o crescimento do espaço urbano. É neste contexto que surge a Psiquiatria no Brasil.

Segundo Amarante<sup>(2)</sup>, a comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza, em 1830, um diagnóstico acerca dos loucos da cidade, o qual comprova a necessidade de um espaço próprio para que estes serem tratados, sendo criado, em 1852, o Hospício de Pedro II.

No período da Proclamação da República, os médicos, os quais foram excluídos das direções dos asilos, passam a criticar os hospícios, reivindicando um projeto assistencial científico. Assim, defendem que o hospício deve ser medicalizado, apresentando um médico em sua direção e sendo fundamentado em princípios técnicos.<sup>(2)</sup>

Com a Proclamação da República, observa-se uma busca pela modernização da Psiquiatria, já que os asilos eram marcados pelo absolutismo político, característica esta que se contrapõe aos princípios liberais, passando a defender que a atuação da Psiquiatria não se deve restringir ao espaço dos asilos, porém deve também abranger o espaço social.<sup>(2)</sup>

Diante disso, em 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, denominando-se Hospício Nacional de Alienados. Ainda neste ano é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados e as duas primeiras colônias de alienados – Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, situadas no Rio de Janeiro. Amarante<sup>(2)</sup> defende que:

[...] A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos viverem fraternamente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar. (p. 76)

A Assistência Médico-Legal dos Alienados e também o Hospício Nacional dos Alienados, apresentam como primeiro diretor João Carlos Teixeira Brandão, que amplia o espaço asilar, processo este continuado pelo seu sucessor Juliano Moreira, que é conhecido como o Mestre da Psiquiatria brasileira, vinculando a Psiquiatria brasileira à Psiquiatria alemã.<sup>(2)</sup>

Tal vinculação apresenta grande relevância, uma vez que a Psiquiatria alemã defende uma explicação biológica para as doenças mentais, assim como o biologicismo também passa a explicar aspectos étnicos, éticos, políticos, dentre outros.

Já em 1923, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, por Gustavo Riedel, reivindicando um maior poder de intervenção e mais controle social. Portanto, a Psiquiatria além de objetivar estabelecer modelos ideais de comportamento, apresenta como finalidade construir coletividades sadias. Amarante, afirma que “(...) a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um aspecto eugênico, asséptico, de normalidade” (p. 78).<sup>(2)</sup>

Na década de 1930, acredita-se ter encontrado a cura para as doenças mentais, cura esta que se dá através do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, ampliando o poder da Psiquiatria e, conseqüentemente, intensificando a busca pelo asilamento. Em 1950, ocorre o ‘furor farmacológico’, o que também fortalece o processo de psiquiatrização. Assim, cresce o setor privado, o qual passa a controlar a saúde de responsabilização do Estado.<sup>(2)</sup>

Devido a este modelo privatizante de saúde, há a crise institucional e financeira da Previdência Social nos anos 80. Esta crise faz com que o Estado busque reorganizar

o setor público para participar da assistência pública, portanto, adotando medidas racionalizadoras disciplinadoras do setor privado. A partir disso, é feita uma cogestão entre o Ministério de Saúde e a Previdência Social, sendo criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS), cujos seus princípios mais importantes são inscritos na Constituição Federal de 1988.

Ainda se pode destacar, em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, um movimento social que apresenta como lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, o que possibilita uma discussão acerca da loucura, da doença mental, da psiquiatria e, conseqüentemente, da adoção de desospitalização, de desinstitucionalização. Assim, este processo é fundamentado no respeito à cidadania, enfatizando a atenção integral, objetivando a qualidade de vida destes sujeitos.<sup>(2)</sup>

## **2.2 A reforma psiquiátrica**

Na década de 80, com a redemocratização, ocorrem diversas mudanças no contexto de assistência à saúde, objetivando novas políticas que garantam o acesso ao atendimento, descentralização dos serviços de saúde, hierarquização dos atos e serviços, além da participação popular nos serviços de saúde.<sup>(5)</sup>

Portanto, a Constituição de 1988, defende que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantindo acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde a todos os brasileiros, a partir da Lei 1.842/90, que regulamenta o controle social do SUS, sendo esta formada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e também, por órgãos e instituições privadas, as quais apresentam convênios com o setor público, apresentando caráter complementar. Além disso, podem existir serviços privados com fins lucrativos.<sup>(3,4)</sup>

O SUS está, portanto, fundamentado nos princípios de regionalização - organização dos serviços em uma área delimitada, atendendo uma população, hierarquização - organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, oferecendo à população todas as modalidades de assistência e, descentralização - cada esfera de governo administra, controla e fiscaliza, com direção única, os serviços e ações de saúde que estejam sobre sua responsabilidade.

Entretanto, perceber-se a existência de diversas dificuldades para se desenvolver uma prática no SUS baseada no direito à cidadania, dentre as quais se

deve ressaltar a 'universalização excludente', já que, ao oferecer um serviço público de má qualidade, as classes sociais privilegiadas, buscam por serviços privados.<sup>(5)</sup>

Concomitante a este processo, também se transforma o quadro de políticas de saúde mental no Brasil. Em 1992, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que vem a complementar o movimento em prol de uma 'sociedade sem manicômios', defendido na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, promovendo uma discussão acerca da municipalização e da cidadania dos doentes mentais. Já em 2001, ocorre a III Conferência Nacional, que vem a promover uma reflexão sobre as conquistas das Conferências anteriores, verificando e corrigindo erros, assim como consolidando estratégias nos serviços comunitários – CAPS. A partir disso, foi aprovada a Lei nº 10.216 e as portarias do Ministério de Saúde que regulam a assistência em saúde mental no Brasil.<sup>(5)</sup>

Assim, é neste contexto que são implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira foi inaugurado em São Paulo no ano de 1987, período no qual foram denunciadas as práticas de violência, de desrespeito aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, o que favorece o desenvolvimento de um novo sistema de saúde mental, rompendo com o processo de asilamento.<sup>(5)</sup>

Portanto, a prática por um sistema de saúde mental que assegura os direitos individuais e assegura a inclusão social do usuário antecede a regulamentação da Lei nº 10.216 e a elaboração das portarias do Ministério de Saúde 189, 224, as quais regulamentam o financiamento dos novos serviços e as regras mínimas para a implantação em todo o território nacional, respectivamente. A portaria GM nº 336/02, estabelece a distinção entre os CAPS, classificando-os de acordo com a abrangência e complexidade em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.<sup>(6,7)</sup>

De acordo com o Ministério de Saúde, os CAPS apresentam como finalidade acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando a integração social e familiar, assim como a autonomia destes sujeitos, além de oferecer atendimento médico e psicológico.<sup>(8)</sup>

Os CAPS buscam organizar uma rede de atenção – incluindo recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer – às pessoas que sofrem com transtornos mentais, às suas famílias e demais interessados, objetivando a inclusão social, o que expõe a relevância do trabalho desenvolvido pelos CAPS junto às equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Então, os CAPS são responsáveis pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, necessitando, portanto, de recursos físicos, tais como consultórios para atividades individuais, salas de atividades grupais, espaço de convivência e para oficinas, refeitório, banheiros e área externa para oficinas, recreação e esportes.

O CAPS desenvolve um projeto terapêutico individual para cada usuário, respeitando as particularidades deste. Os CAPS podem oferecer diferentes atendimentos, os quais são determinados pela portaria GM nº 336/02 – atendimento intensivo (atendimento diário), atendimento semi-intensivo (o usuário pode ser atendido até 12 dias no ano) e atendimento não intensivo (o usuário não necessita de atendimento contínuo, podendo ser atendido até três dias mensais).<sup>(7)</sup>

Assim sendo, a prática desenvolvida nos CAPS se caracteriza por uma clínica ampliada, rompendo com uma prática tradicional, conseqüentemente, ressaltando a necessidade de criar, observar, escutar, buscando compreender a complexidade da vida destes sujeitos.

Ainda se deve destacar que os CAPS não são todos iguais, diferenciando-se quanto ao equipamento, estrutura física, profissionais, assim como em relação às atividades terapêuticas, como também em relação à especificidade da demanda.

Diante dos objetivos apresentados pelos CAPS, deve-se ressaltar a importância da parceria com a rede básica de saúde, uma vez que se busca o deslocamento de um trabalho junto à comunidade. Esta rede básica de saúde é constituída pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, equipes estas que estão em constante contato com a população do seu território e são os CAPS, os responsáveis pela capacitação e apoio no trabalho desses profissionais junto aos sujeitos com transtornos mentais.

Portanto, esta interação CAPS- PSF/PACS é de grande relevância, pois é através desta interação que são desenvolvidas atividades a partir dos principais problemas e necessidades de saúde mental do território, que são desenvolvidas atividades permanentes sobre saúde mental, dentre outras iniciativas.<sup>(4)</sup>

Além disso, os CAPS também mantêm parcerias com os usuários, com as famílias e com a comunidade para a promoção da saúde e reabilitação psicossocial. Os usuários devem participar das discussões sobre suas atividades terapêuticas, participar mais ativamente do seu tratamento e na construção de laços sociais. Os familiares



necessitam participar do cotidiano dos serviços, participando direta ou indiretamente dos trabalhos tanto internos quanto na comunidade, já que a família consiste no principal elo entre o usuário e o mundo. Já em relação à comunidade, esta pode fazer doações, prestações de serviços, dentre outras ações, como também participar de atividades mais rotineiras do serviço e saúde mental.<sup>(4)</sup>

Assim sendo, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), consiste em um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende o sujeito com transtornos mentais como um todo, buscando o desenvolvimento de atividades que promovam a saúde e a cidadania das pessoas com sofrimento mental.

### **3 UM BREVE RELATO DA EXPERIÊNCIA**

No mês de novembro do ano de 2010, iniciei minha experiência como psicóloga num Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, do município de Caicó/RN. Este CAPS III, inicialmente, situava-se na estrutura física da antiga Casa de Saúde Milton Marinho, instituição esta marcada pelas vivências de desumanização, de agressões contra os sujeitos com sofrimento psíquico e de violação dos direitos humanos, vivências estas, presentes nas memórias dos usuários com histórico de internação no antigo hospital psiquiátrico.

Neste local, além de encontrar uma estrutura física precária, também me deparei com a ausência de materiais necessários ao desenvolvimento das atividades propostas, assim como vivenciei a falta de desinteresse por parte dos gestores acerca desta situação.

Tais dificuldades influenciaram no desenvolvimento das intervenções, predominando o atendimento individual, o que também foi influenciado pela ausência de participação dos usuários nas oficinas, assim como pelo pouco conhecimento e/ou experiência profissional na área de saúde mental.

A intensa procura dos usuários por atendimentos individuais, principalmente, avaliações psiquiátricas e a supervalorização da medicação psicotrópica, assim como pelo uso de leito, não somente pelos usuários, porém também pelos familiares destes, proporcionavam ainda mais a intensificação do desenvolvimento dessas atividades.

Tal concepção era ainda apresentada pela comunidade, a qual se fazia presente neste serviço, somente quando familiares ou terceiros necessitavam do uso de leito

psiquiátrico, buscando pelas famosas “internações psiquiátricas”, trazendo em suas faces a expressão do medo, do estigma sobre os “loucos”.

Esse estigma era apresentado também por instituições do município, instituições estas que, em diversas situações recusavam-se a acolher, a intervir junto aos usuários com transtorno mental, destacando que estes deveriam realizar seu acompanhamento no CAPS, independente da necessidade apresentada por esses sujeitos.

Tentávamos combater esses estigmas a partir da realização de atividades na comunidade, dentre as quais se destaca o Psifolia, um bloco carnavalesco que já consiste em tradição no carnaval do município, promovendo a interação e a reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico. Também sendo realizadas caminhadas e outras atividades, a fim que a comunidade desenvolva uma melhor compressão sobre a saúde mental.

No entanto, o preconceito não está presente apenas nos vistos como “normais”, posto que determinados usuários resistiam em participar de tais eventos para que a sociedade não “descobrisse” que são sujeitos com transtorno mental.

Esta situação me fazia vivenciar, todos os dias, um sentimento de angústia, sentimento este também compartilhado pelos demais colegas de trabalho, o que fez tomarmos a iniciativa de lutarmos por condições mais dignas de atendimento para os usuários. Concomitantemente, elaboramos um cronograma de atividades, dentre as quais se pode citar: atendimento individual, atividades em grupo, oficinas terapêuticas, grupo de familiares, visitas domiciliares, matriciamento, dentre outras.

No entanto, os usuários apresentavam resistência em participar das atividades em grupo, não havia disponibilidade do material necessário ao desenvolvimento das oficinas e, os profissionais não estavam capacitados para o desenvolvimento de determinadas intervenções, realizando não oficinas terapêuticas, mas atividades para “ocupação do tempo” dos usuários. A indisponibilidade do transporte para a realização de visitas domiciliares e institucionais dificultou o desenvolvimento das atividades relacionadas ao matriciamento, no entanto, foram ainda realizadas reuniões com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipe profissional do Hospital Regional, o que promoveu o fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

Algumas das nossas reivindicações foram atendidas. Teve início supervisões mensais com profissionais qualificados, assim como novos materiais foram disponibilizados para o desenvolvimento de intervenções. Paulatinamente, eram

observados avanços. Os usuários participavam ativamente das atividades propostas e rompiam com a concepção dicotômica pacientes – doutores.

Enquanto isso, outras dificuldades permaneciam, destacando-se a condição precária da estrutura física - banheiros constantemente interditados, instalações elétricas precárias, falta de água - e deficiência do equipamento oferecido pelo serviço - camas quebradas, falta de lençóis, colchões inadequados para o uso e falta de determinadas medicações psicotrópicas.

Foram estas condições desumanas oferecidas como tratamento aos sujeitos com sofrimento psíquico, que fortaleceram a nossa busca por mudanças. Passamos a fazer paralisações, a pedir apoio aos familiares e à comunidade.

Finalmente, em dezembro do ano de 2012, foi realizada a mudança para a nova estrutura física do CAPS III, o que não significou o término dos problemas enfrentados, uma vez que esta estrutura também oferecia um espaço físico limitado, restringindo o número de usuários dia do serviço, independentemente da necessidade dos sujeitos com sofrimento psíquico, assim como restringiu o desenvolvimento de atividades em grupo, já que não oferecia salas e/ou espaços adequados à realização de tais atividades. Além disso, não se apresentava apto para o acolhimento em leito de usuários em crise.

No início do ano de 2013, foi disponibilizado um transporte ao serviço, o que possibilitou um melhor acompanhamento psicossocial dos usuários, proporcionando a realização de visitas domiciliares, assim como visitas a instituições. Assim sendo, necessita-se da disponibilidade de uma estrutura física, na qual esse encontre o espaço adequado para a realização das intervenções, como também se necessita do apoio da gestão municipal, dos familiares e da comunidade, a fim de promover a reinserção social e familiar e a autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, foram implantados como um serviço substitutivo ao modelo asilar, objetivando promover a reinserção social e familiar, assim como a autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico.

No entanto, observa-se que, apesar do desejo de mudança apresentado pelos profissionais do CAPS III em destaque, este serviço, assim como diversos outros Centros de Atenção Psicossocial, caracteriza-se, ainda, pelo modelo hospitalocêntrico,

o que foi também verificado nos estudos de Queiroz, Ferreira e Silva<sup>(9)</sup>, os quais identificaram o desejo, apresentado pelos profissionais de um determinado CAPS de Minas Gerais, de que a Reforma Psiquiátrica seja posta em prática, a qual é dificultada devido entraves sociais, políticos e relacionais, assim, sendo mantidas práticas dissonantes com o processo de desospitalização.

Dentre tais práticas pode-se destacar o desenvolvimento de atividades, predominantemente, de cunho individual, modelo de atividade este que contraria os objetivos apresentados pelos CAPS que, de acordo com o Ministério de Saúde<sup>(4)</sup>, devem promover intervenções que proporcionem a integração, a reinserção social e familiar e a autonomia do sujeito com sofrimento psíquico a partir do desenvolvimento de atividades que explorem recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer.

A ausência de elaboração de um projeto terapêutico individual para o usuário fortalece a visão do modelo asilar nesse serviço, posto que ressalta o desrespeito às particularidades apresentadas por cada usuário, o que impossibilita a reintegração social e familiar e o desenvolvimento da autonomia deste sujeito.<sup>(5)</sup>

Os aspectos do modelo asilar também estão presentes na concepção de tratamento psicossocial apresentada pelos usuários, pela comunidade e pelos familiares, concepção esta centrada na avaliação psiquiátrica, no uso da medicação psicotrópica e na utilização do leito psiquiátrico.

Vilhena e Rosa<sup>(10)</sup>, a partir de estudos realizados, constatam que os usuários do CAPS ainda se identificam como “um pobre coitado ou uma vítima das circunstâncias”, concepção esta que os torna passivos diante de suas próprias vivências, dificultando o protagonismo dos mesmos.

Ainda cerca das concepções da Reforma Psiquiátrica apresentadas pelos familiares dos usuários, Queiroz, Ferreira e Silva<sup>(9)</sup>, afirmam que os familiares dos usuários dos CAPS não estão de acordo com o fechamento das instituições psiquiátricas, em consequência, apresentando-se resistentes a assumirem suas responsabilidades diante das práticas defendidas pela Reforma Psiquiátrica, seja por questões financeiras e/ou emocionais. Tal resistência é também apresentada pela sociedade, a qual se mostra despreparada para receber os usuários na comunidade, construindo barreiras ao processo da reinserção social.

Portanto, essas concepções, expõem os paradigmas da prática tradicional da psiquiatria, enfatizando o modelo médico, buscando a cura do transtorno mental a partir

de um saber específico, do uso da medicação e da internação psiquiátrica, conseqüentemente, verificando-se o processo de medicalização social.<sup>(1)</sup>

O modelo clássico de psiquiatria, ainda se faz presente no CAPS III em destaque, pela utilização do prédio da antiga Casa de Saúde Milton Marinho, portanto, estrutura física de um hospital psiquiátrico. Já em relação à nova estrutura, deve-se destacar que tal mudança não contribuiu para o avanço do desenvolvimento de atividades que caracterizem o modelo da clínica ampliada, posto que, de acordo com o Ministério de Saúde, os CAPS devem apresentar espaço físico com consultório para atividades individuais, salas de atividades em grupo, espaço de convivência e para oficinas, área externa para recreação e esporte, dentre outras.

Também são identificadas, a partir dos estudos de Duarte, Pinho e Miasso<sup>(11)</sup>, fragilidades na estrutura física de um determinado CAPS da região Sul do Brasil, as quais dificultam uma prática fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Outro aspecto que merece ser enfatizado é a enfraquecimento da rede de atenção psicossocial, o que dificulta a promoção da inclusão social dos sujeitos com transtorno mental. No entanto, deve-se destacar, que houve um progresso acerca do fortalecimento dessa rede de atenção a partir da iniciativa da realização das atividades de matriciamento, o que possibilita o desenvolvimento de atividades que além de promover a inclusão social, promovam a intervenções que atendam à necessidade do território.<sup>(4)</sup>

A promoção da inclusão também é verificada no desenvolvimento de outras atividades, dentre as quais se pode destacar a realização do Psifolia, a qual promove a reinserção social dos usuários, no entanto, ainda enfrentando algumas dificuldades relacionadas a compreensão da comunidade acerca desta atividade. Sobre a reinserção social dos usuários, Queiroz, Ferreira e Silva, também ressaltam que “há ainda uma grande barreira a ser vencida, que é a falta de conhecimento e preparação da sociedade para receber esses sujeitos”.<sup>(9)</sup>

A disponibilidade de um transporte para a realização de visitas domiciliares possibilitou uma melhor compreensão acerca da história de vida dos usuários, assim como possibilitou o estabelecimento da parceria com os familiares, o que é de grande relevância para a saúde mental, já que, de acordo com o Ministério de Saúde<sup>4</sup>, os familiares são o elo principal entre os usuários e o mundo. Tal parceria também foi fortalecida a partir da realização dos grupos de familiares.

Diante disso, verifica-se que os entraves apresentados no Centro de Atenção Psicossocial do município de Caicó, também são constatados em outros estudos, portanto, enfatizando a relevância de maiores reflexões acerca da problemática, buscando a implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para finalizar, é de suma importância destacar a busca por melhorias no acompanhamento psicossocial pela equipe profissional, o que caracteriza a luta por uma “sociedade sem manicômios”, pela garantia dos direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico.

## **5 REFERÊNCIAS**

1. SILVEIRA LC, BRAGA VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexo na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(4):591-5.
2. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
3. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.
4. BRASIL, Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990. Câmara dos Deputados, Brasília, DF.
5. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE MENTAL JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV) (org.). *Série Trabalho e Formação em Saúde: Texto de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
6. BRASIL, Lei nº 10.216, 06 de abril de 2001. Câmara dos Deputados, Brasília, DF.
7. BRASIL, Portaria/GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
8. BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: MS, 2004.
9. QUEIROZ, Yasmin Livia; FERREIRA, Cintia Bragheto e SILVA, Alerrandra Manuela Ferreira. *Práticas em um CAPS de Minas Gerais: o relato de uma experiência*. *Rev. SPAGESP [online]*. 2013;14(2):126-137.
10. VILHENA, J. e ROSA, C. M. *Do manicômio ao CAPS. Da contenção (im)pietosa à responsabilização*. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul. 2012;(37):154-76.

11. DUARTE, M.L.C.D; PINHO, L.B.de; MIASSO, A.I. Estágio do curso de especialização em saúde mental: relato de experiência em um caps. *Cogitare Enfermagem*. 2011;16(4):753-6.