



DO AMBIENTE MANICOMIAL AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: A EVOLUÇÃO NAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

FROM ENVIRONMENTAL ASYLUM TO SUBSTITUTES SERVICES: THE EVOLUTION IN MENTAL
HEALTH PRACTICES

Álissan Karine Lima Martins 1
Flaviana Dávila de Sousa Soares 2
Francisca Bezerra de Oliveira 3
Ângela Maria Alves e Souza 4

RESUMO

Estudo sobre a evolução ocorrida nas práticas em saúde mental no Brasil. Evidencia a importância trazida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica frente às melhorias alcançadas, tanto para a clientela quanto para sua família, com os modos de estruturação das práticas e a organização da rede de cuidados nesse campo. As formas de atenção em saúde mental promoveram maior inserção das pessoas em sofrimento mental nos espaços de vida, reconhecendo-as como cidadãs dotadas de privacidade, autonomia e independência, diferente do que se tinha no momento anterior à Reforma. Em suma, faz-se aqui breve apreciação das mudanças, no âmbito teórico e prático, que possibilitaram a construção de um novo fazer em saúde mental, voltado à promoção da saúde e bem-estar da população assistida.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Reflective study covers developments in mental health practices in Brazil, highlighting the importance brought by the Psychiatric Reform movement forward to the improvements achieved for both the customer and for the family in practical ways of structuring and organization of this network of care field. The emphasis is as historically forms of mental health care have advanced to the higher integration of people in mental distress in living spaces, while citizens with privacy, autonomy and independence, different from what had the moment before the Reformation. In short, there is an assessment of changes in theory and practice that allowed the construction of a new action in mental health, aimed at promoting health and well-being of individuals.

Key Words: Mental Health. Mental Health Services. Health Promotion.

1. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem (UFC). Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC).

2. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC).

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica (USP). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC).

4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS).

1. INTRODUÇÃO

As práticas de Saúde Mental vêm sofrendo inúmeras transformações do decorrer do tempo, influenciadas por dois paradigmas: um asilar e outro de atenção psicossocial. O modelo asilar, alvo de críticas e superações, tem suas bases pautadas na ênfase de problemas de determinações orgânicas, desconsideração da subjetividade do indivíduo e das redes sociais que o cercam (família, comunidades), prática de um sistema obsoleto e fechado baseado no asilo como instituição típica, predomínio do saber médico em detrimento das demais áreas, dentre outras¹.

O modelo de atenção psicossocial, por sua vez, procura superar o modo asilar. Propõe que a pessoa em sofrimento mental não seja isolada, mas reinserida no mundo social, por meio da reabilitação psicossocial com a consideração dos inúmeros fatores biopsicossociais, culturais e espirituais, do uso de diversas tecnologias de cuidado, da integração do indivíduo como sujeito de sua história, da incorporação da família, comunidade e equipe multi e interdisciplinar como sistema de apoio dentro das intervenções que proporcionem atenção integral ao indivíduo^{2,3}.

Ambas as práticas traçaram um percurso histórico em direções opostas, mas que contribuíram para caracterizar os rumos tomados pela loucura no decorrer do tempo, refletindo as inúmeras alterações que se processaram no âmbito cultural, social, econômico e histórico, tanto no Brasil como no mundo. Nesse aspecto, o estudo pretende fazer uma reflexão sobre a evolução dos modos de abordagem da saúde mental, do modelo manicomial ao de serviços substitutos, ressaltando a importância disso para um novo assistir em saúde mental voltado à promoção da saúde e bem-estar destes indivíduos.

2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Modelo de Assistência Asilar no Mundo

O fenômeno da loucura tem sido retratado em diversos períodos da história, segundo as realidades expressas em cada um deles. Na Antiguidade e na Idade Média, até antes do Renascimento, os denominados “loucos” eram acolhidos e a manifestação dos sintomas da loucura era vista como uma forma de manifestação divina, em que os tratamentos médicos permaneciam como fenômenos localizados e restritos em contraposição às práticas populares e mágico-religiosas⁴. Nessa realidade, havia dois tipos de cuidados: ao pobre, cabia o vagar pelas ruas e mercados, sobrevivendo da caridade ou de pequenos trabalhos enquanto que, aos ricos, restava a reclusão domiciliar sob os cuidados de um assistente contratado para esta finalidade⁵.

Para os “loucos”, eram oferecidos tratamentos de ordem moral, caracterizados por ameaças e privações.

No século XVII, com o advento do Mercantilismo e da Revolução Industrial, houve um intenso processo de urbanização das cidades, com crescente êxodo rural, aglomerando um grande contingente populacional para servir como mão-de-obra para a produção. Neste processo ficaram marginalizados todos os indivíduos que não contribuíam para esta tarefa, dentre eles, os vadios, os assaltantes, os ladrões, os velhos, os mendigos, os aleijados, os portadores de doenças venéreas e os ditos “loucos”. A partir de então surge a noção de periculosidade associada à figura da pessoa com transtorno mental.

A burguesia, desejando melhor controle social daqueles indivíduos que ameaçavam à ordem social, determinou o movimento do “Grande Enclausuramento”. Assim, as pessoas excluídas da produção econômica eram recolhidas às Santas Casas de Misericórdia e aos hospitais, ficando sob condições precárias de higiene e saúde^{6,7}. Os objetivos das medidas legislativas da época voltavam-se à limpeza social das cidades, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante a instrução religiosa e moral.

No final do século XVIII, sob a influência dos ideais da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos (EUA), houve intensas denúncias contra as situações insalubres entre os reclusos, marcada pela promiscuidade, miséria e violência. Assim, surgem movimentos lançados pela Psiquiatria como o de Pinel na França, o de Tuke na Inglaterra e em diversos países, proporcionando à loucura o status de doença e, como tal, necessitada de uma atenção sistemática⁵. Os indivíduos passam a ser objeto de intervenção da Psiquiatria, e o hospital eleito o local onde estes seriam recolhidos e submetidos às terapêuticas. Pinel representa o grande expoente no processo de hospitalização destes indivíduos⁸.

Para os “loucos”, eram oferecidos tratamentos de ordem moral, caracterizados por ameaças e privações. As propostas de Pinel sobre a obtenção de maior conhecimento da doença mental pela investigação direta dos indivíduos enclausurados para o alcance da cura não foram (alcançadas) acatadas e, com o decorrer do tempo, esses asilos passaram a ser um local reservado ao abandono e exclusão, trazendo o agravamento da situação de saúde dos indivíduos asilados.

Com as críticas às condições instauradas nos asilos,

unidas aos inúmeros prejuízos socioeconômicos trazidos pela Segunda Grande Guerra Mundial, fez-se necessária uma reavaliação das condições de tratamento psiquiátrico nos hospitais. Fazia-se imperativo a reestruturação das cidades em toda a Europa a partir da mobilização de um considerável contingente de mão-de-obra e os asilados não poderiam ficar reclusos sem a perspectiva de cura ou melhoria⁹. Desse modo, aparecem os vários movimentos de reforma do modelo asilar até então predominante.

Um movimento que provocou grandes influências no cenário brasileiro e que questionava o saber psiquiátrico era a Psiquiatria Democrática Italiana de Basaglia. A partir da observação do estado de segregação e exclusão social presente nos asilos, Basaglia e sua equipe ousam em se colocar do lado do excluído, no caso a pessoa em sofrimento mental^{6,9}.

Suas experiências em Gorizia (1961) e em Trieste (1971) permitiram-lhe desenvolver um processo de abertura e transformação do sistema asilar. Estas transformações possibilitaram a criação de centros de saúde abertos, a formulação de cooperativas de trabalho, dentre outras reformas. Estas experiências representaram o momento da chamada "instituição negada", onde a funcionalidade do hospital psiquiátrico foi deposta e novas propostas de abertura foram levantadas.

Desta maneira, ao romper com o caráter fechado das instituições psiquiátricas e com a realidade de segregação e exclusão presente no paradigma psiquiátrico clássico, Basaglia aponta novas alternativas no sentido de promover uma saúde que alcance as inúmeras esferas que envolvem o bem-estar do indivíduo, sejam elas sociais, econômicas, biológicas, culturais e espirituais¹⁰.

Realidade no Brasil

Como na grande parte do mundo, os indivíduos com transtornos mentais no Brasil Colônia passavam pela sociedade sem que houvesse um sistema repressivo aos seus atos. A realidade brasileira possui peculiaridades no que se refere ao lidar com este indivíduo por ser caracterizada por um sistema rural, de economia agroexportadora, em que a mão de obra escrava mostra-se como principal máquina que movimentava os engenhos e as incipientes capitais. Deste modo, o trabalho, diferentemente dos demais contextos encontrados pelo mundo afora, não era ligado à moralidade do homem⁵.

No contexto brasileiro, a doença mental ficou durante muito tempo silenciada. Mesmo existindo os hospitais e Santas Casas de Misericórdia, nos séculos XVI e XVII, a população que ali permanecia era composta de órfãos, mendigos, velhos e doentes podres. Os loucos pobres

No contexto brasileiro, a doença mental ficou durante muito tempo silenciada.

ficavam como errantes nas ruas das cidades, sobrevivendo da caridade da população, enquanto os provindos de famílias mais ricas eram contidos em casa.

O advento da abolição da escravatura, associado ao incremento da Revolução Industrial brasileira que atraiu ao país um grande contingente de imigrantes, possibilitaram um acúmulo exacerbado de pessoas nas pequenas capitais brasileiras. Isso representou um acréscimo populacional como também um estágio de ociosidade e mendicância já que havia muitas pessoas desocupadas em relação às vagas ofertadas para emprego.

Este quadro induzia a uma maior marginalidade que era contida por mecanismos de repressão ainda mal estruturados. Assim sendo, muitas vezes havia a apreensão do louco como tentativa de remoção dos elementos perturbadores da ordem e paz públicas.

O surgimento do primeiro hospício no Brasil esteve ligado ao crescimento e ao reordenamento das cidades junto à contenção dos indivíduos errantes e desviantes dos padrões morais e sociais da época. Novamente, os loucos foram colocados junto aos outros desviantes, sendo submetidos a agressões que por vezes levavam à morte desses indivíduos.

Em 1830, iniciou-se um movimento pretendendo definir um local específico para os loucos. O objetivo era isolar a cidade daqueles que pudessem provocar perturbações ou conter os indivíduos improdutivos, como um mecanismo preventivo. Em 1852, tem-se a criação do Hospício Pedro II, na então capital do Brasil, o Rio de Janeiro. Sua estrutura era composta por 350 leitos psiquiátricos e permitiu que a loucura passasse a ter um estatuto de doença. Mesmo com o surgimento desse equipamento asilar, persistiam as denúncias de maus tratos, superlotação, imundície, baixa qualificação e truculência dos atendentes, falta de assistência médica e ausência de cura⁸.

Como medidas saneadoras, a direção do Hospício D. Pedro II foi desarticulada das religiosas das Santas Casas de Misericórdia. Com a república, assume Teixeira Brandão, dando início à segunda tentativa de reforma. Este período foi marcado pela criação das colônias agrícolas. Estas eram tidas como soluções para o problema da doença mental na medida em que se apresentavam como espaços onde a praxiterapia e a laborterapia poderiam ser desenvolvidas ao lado de outras práticas. O trabalho nas colônias

agrícolas atendia também às necessidades de produção e subsistência destes serviços, sendo o doente mental uma mão-de-obra gratuita.

Nesse período foi estimulada a proposta de assistência hetero-familiar segundo a qual, conforme houvesse melhora no quadro do paciente, este poderia ser “adotado” por uma família das redondezas da colônia, que seria remunerada pelo serviço. Em contrapartida, o indivíduo com transtorno mental, na maior parte das vezes, assumia nessa família o papel de mão-de-obra gratuita. Estas medidas não atingiram os seus fins, urgindo desta maneira, o aparecimento de novas sugestões para o lidar com estas pessoas.

Nas décadas de 1940 e 1950, há a intensa disseminação dos ideais de institucionalização do doente mental por todo o país. Neste período, há grandes avanços na indústria farmacológica e a adoção de inúmeras terapias biológicas, dentre elas a eletroconvulsoterapia, a insulino-terapia, a malaroterapia, a lobotomia, entre outros.

Em 1960, com o Golpe Militar, vê-se o indiscriminado uso do aparelho privado terceirizado. Como não havia investimentos nas inúmeras áreas da saúde, surgem os hospitais privados como alternativas da assistência. Esse quadro passa a ser marcado pelo ideal de lucro e o amplo processo de medicalização, com a centralidade da assistência nas mãos do profissional médico.

Nessa política assistencial, que privilegia o setor privado, são encontradas peculiaridades tais como a produção de serviços pagos e que gerem lucro, estruturas em que as atribuições encontram-se indefinidas, descoordenadas e conflitantes, o controle efetivado de maneira aleatória e episódica, a avaliação baseada em atos remunerados e os gastos são mal direcionados, sem controle, sem que haja a valorização do profissional de saúde, o qual é sujeito às condições indevidas de trabalho, bem como à baixa remuneração e a cargas horárias elevadas⁶.

Ao fim da década de 1970, sob a influência do movimento da Psiquiatria Democrática italiana, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), articulado com os embates contra a política privatizante que acabava por determinar condições indevidas de trabalho, assim como uma assistência marcada por maus-tratos evidenciados pelo

*As conquistas operadas
não de detiveram apenas
ao campo da saúde mental,
mas atingiram o sistema
de saúde de uma
forma abrangente.*

uso do eletrochoque, cronificação dos pacientes e precárias condições das instalações⁸.

Esses movimentos mobilizaram inúmeras conferências, encontros, abaixo-assinados, destacando-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental e os Congressos Nacionais dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), importantes meios de conciliação de interesses dos gestores federais, destes trabalhadores de saúde mental, dos familiares dos pacientes, bem como de toda a sociedade civil.

Esta intensa articulação foi possível pelo ideal democrático que então permeava esse período, onde se pretendia a superação do antigo modelo repressivo militar autoritário por um modo inovador. Assim, as conquistas operadas não de detiveram apenas ao campo da saúde mental, mas atingiram o sistema de saúde de uma forma abrangente.

Percebe-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como movimento de natureza complexa, envolve as esferas políticas, sociais, econômicas, culturais, teórico, nascendo como produto do MTSM, no final da década de 1970. Seus frutos surgem com as inúmeras conquistas que embasam os atuais serviços e a assistência em saúde mental. Dentre elas podem ser citadas a Lei Nacional Nº 10.216/01, que se relaciona aos direitos das pessoas com transtornos mentais, as leis de regulamentação dos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial - NAPS, Lares Abrigados, Centros de Convivência, Hospitais-dia e as Cooperativas, dentre outras)¹¹.

Cabe ainda ressaltar que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é algo dinâmico, que se tem firmado através das inúmeras experiências vivenciadas nas práticas cotidianas. Assim, a Reforma Psiquiátrica vai possuir relevância no campo das transformações em saúde mental consistindo em ator político a construir propostas e as possibilidades de mudanças^{8,12}.

Consequências da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica trouxe consigo transformações em inúmeros campos, dentre eles o teórico-assistencial, o técnico-assistencial, o jurídico-político e o sociocultural¹. Nesse sentido, pode ser entendido como um movimento complexo que, indica uma modificação no decorrer de sua trajetória englobando um sem número de informações e imprevistos que devem ser modelados no decorrer desta experiência.

As mudanças teórico-assistenciais valem-se da transição do foco voltado para a doença com uma base organicista para a valorização da esfera psicossocial

do indivíduo. Assim, passa-se a preconizar o uso da reabilitação psicossocial, processo que facilita ao usuário com limitações frente à melhor reestruturação da autonomia dentro da comunidade¹³.

No campo jurídico-político, a reforma fez instaurar grandes discussões acerca das práticas e políticas adotadas por toda a sociedade civil a partir das discussões provenientes das conferências e congressos nacionais de Saúde Mental, gerando a aprovação de inúmeras leis e portarias nos âmbitos nacional, estadual e municipal, bem como a criação das Comissões de Saúde Mental dentro dos Conselhos Municipais de Saúde.

Nesta esfera, possui importante destaque o Deputado Paulo Delgado com o projeto de Lei Nº 3.657/89, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios com a substituição por serviços substitutivos. Ainda pode-se citar como produto destes debates a Lei Nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando os modelos assistenciais em saúde mental assim como as Portarias Nº 189/91, Nº 336/02 e a Nº 251/02 dispendo acerca da regulamentação dos serviços substitutivos em saúde mental^{8,14}.

No campo sociocultural, tem-se a alteração do antigo papel de objeto atribuído ao louco para o de sujeito, colocando-o como paciente-cidadão, instaurando a contratualidade anteriormente perdida. Assim, valoriza-se a individualidade e subjetividade desses sujeitos, contribuindo para a integração, interação e a reinserção social, fazendo com que os estigmas em relação ao doente com transtorno mental sejam superados. A reabilitação deve ser expandida ao lar, ao trabalho e ao lazer, o que destaca o papel da sociedade no processo de desestigmatização da pessoa portadora de transtorno mental¹².

Na esfera técnico-assistencial há o conceito de desinstitucionalização que norteia a criação de serviços substitutivos. Desta maneira, tem-se a construção de uma rede de serviços que buscam oferecer espaços de trocas, sociabilidade, com priorização da expressão da subjetividade do indivíduo. Portanto, há as transformações dos equipamentos de atenção e da sua organização e gestão estão baseados na abertura para participação de toda a sociedade e a cogestão, enfatizando as experiências regionais e as particularidades de cada indivíduo¹⁵.

Compõem os equipamentos substitutivos na assistência da saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais-dia, os centros de convivência, os lares abrigados e os leitos psiquiátricos em hospital geral. Os hospitais-dia mostram-se como espaços para abrigar pacientes em crise ou estado mais comprometido, em que há um tratamento

A reabilitação deve ser expandida ao lar, ao trabalho e ao lazer, o que destaca o papel da sociedade no processo de desestigmatização da pessoa portadora de transtorno mental.

para a situação e ao mesmo tempo mantém-se o vínculo familiar, comunitário ou empregatício¹⁴.

Os lares abrigados são destinados aos indivíduos que, pelo estigma relacionado à doença ou por outros fatores, perderam seus laços familiares e acabam por não possuir sua própria casa. Este espaço, então, servirá para o desenvolvimento de sua cidadania enquanto sujeito, colaborando assim para o processo de reabilitação psicossocial deste indivíduo.

Os NAPS são serviços regionalizados que funcionam sob um regime integral de 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência. Neste espaço, percebe-se a valência de várias terapêuticas: a garantia de direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial e de agenciamento de espaços de transformação cultural¹⁶.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto Serviço Substitutivo

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como um espaço terapêutico intermediário entre o hospital e a comunidade, auxiliando na reintegração social dos sujeitos e ao mesmo tempo oferecendo assistência psicoterápica, atividades artísticas, culturais e recreativas, proporcionando uma atenção psicossocial. As experiências de hospitais-dia na França e os Centros de Saúde Mental dos EUA e na Itália como substitutivos dos manicômios são consideradas "fontes inspiradoras universais"¹⁷.

O CAPS assume papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados através do direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental seja desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar¹⁸. Este serve como regulador da porta de entrada

da rede assistencial em saúde mental no seu território e/ou no seu módulo de abrangência¹⁴.

Portanto, a proposta do CAPS é a de ofertar espaços de reabilitação, acolhimento, de relações interpessoais e de produção de novas subjetividades para os sujeitos com problemas psíquicos⁹.

O primeiro CAPS criado foi o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo no ano de 1986, sendo fruto das intensas lutas travadas pelo MTSM naquele período. Em 2010, 96 CAPS estavam distribuídos por todo o território cearense, cada um deles funcionando segundo as particularidades de cada município no que concerne às condições históricas, culturais, econômicas e políticas¹⁹. Há nestes serviços, entretanto, pontos que convergem no sentido de promover a construção/reconstrução da cidadania dos seus usuários⁹.

Os CAPS atendem uma clientela formada por pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, com história de dependência de drogas psicoativas e a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Para atender esta demanda, há a diferenciação de vários tipos de CAPS segundo o tamanho da estrutura ofertada (profissionais, atividades terapêuticas, entre outras) e a demanda específica a ser atendida.

Os CAPS I, II e III destinam-se ao atendimento diário ou contínuo (a depender da classificação) de adultos, em sua população de abrangência ou de referência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPSi direciona-se para a assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais para acompanhamento diário enquanto o CAPSad oferece atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas¹⁴.

Os usuários do CAPS podem ser enquadrados em três modalidades de atenção: intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva de acordo com o grau de comprometimento e a evolução clínica. Esta atenção conta com uma equipe multi e interdisciplinar, que procura assistir às inúmeras dimensões constitutivas do ser humano através de inúmeras atividades de cunho individual ou coletivo, buscando integrar nelas usuários, familiares e a comunidade em geral.

As práticas do CAPS funcionam como catalisadores da construção de territórios existenciais de modo a inserir ou reinserir os usuários.

A terapêutica centra-se nas capacidades e necessidades de cada indivíduo. A fim de proporcionar esta atenção, o CAPS desenvolve inúmeras atividades, dentre as quais o acompanhamento do tratamento medicamentoso, o atendimento em grupo e individualizado aos familiares, o atendimento psicoterápico, o uso de atividades comunitárias, as visitas domiciliares, as oficinas culturais, dentre outras.

As práticas do CAPS funcionam como catalisadores da construção de territórios existenciais de modo a inserir ou reinserir os 'usuários', tornando-os cidadãos ou de 'mundos' nos quais os seus usuários possam conquistar ou reconquistar seu cotidiano²⁰. Desta maneira, o CAPS assume o papel de estrutura complexa que, entre outras coisas, procura ser ponte de relacionamento entre o indivíduo, com suas particularidades, e as demais redes sociais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica gerou importantes mudanças no cenário da saúde mental no Brasil, incluindo o deslocamento dos hospícios como locais de tratamento para o espaço comunitário, articulado pelo CAPS como também a incorporação de outros sujeitos na atenção à pessoa em sofrimento mental, como a família, a comunidade, os profissionais de saúde e de outros campos, transformando a realidade de isolamento prevalente no modelo asilar de assistência.

Com as mudanças nos modelos assistenciais implantadas no Brasil, houve uma melhoria na maneira de cuidar do usuário, como também no espaço que foi dado para a família acompanhá-lo diariamente. Agora os usuários passam a ter maior contato com o meio social, frequentam os espaços de cunho comunitário, mas não deixam de ter uma vida ativa. Passa-se desta forma a promover cenários de reabilitação e ressocialização, contribuindo para a promoção da saúde destes sujeitos, relacionando com a rede de apoio.

Apesar dos ganhos, deve haver uma continuação nos avanços da Saúde Pública e mais especificamente na parte da saúde mental, pois a Reforma Psiquiátrica enquanto processo não está finda e, portanto, necessita de maiores esforços para alcance da construção e fortalecimento das bases práticas e conceituais para uma assistência digna e de qualidade para os usuários destes serviços de saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lappann-Botti NC. Oficinas em Saúde Mental: História e Função (tese). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 244 p.

2. Valladares ACA.; *et al.* Reabilitação Psicossocial através das Oficinas Terapêuticas e/ou Cooperativas Sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem 2003; 5(1): 4 –9. Acesso em: 14 de Novembro de 2011.
3. XXVI Encontro Regional dos Estudantes de Enfermagem. Caderno de Textos. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005. p. 29-32.
4. Mostazo RR, Kirschbaum DIR Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Suas Representações Sociais acerca de Tratamento Psiquiátrico. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003; 11(6): 786-91. Acesso em: 13 de Agosto de 2011.
5. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma Visão Histórica. *In:* TUNDIS, S. A.; COSTA, N.R, organizadores. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 15-74.
6. Amarante P. Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Coordenado por Paulo Amarante. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 136 p.
7. Amarante PDC. Saúde mental e atenção psicossocial. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
8. Amarante PDC. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. *In:* Amarante PDC, Cruz LB, organizadores. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro (RJ): LAPS; 2008. p. 65-80.
9. Oliveira FB. Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2002. 226 p.
10. Basaglia F. Saúde/ doença. *In:* AMARANTE PDC, CRUZ LB , organizadores. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. p. 17-36.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5 ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340 p.
12. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In:* PITTA A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. Hucitec: São Paulo; 2001.
13. Bezerra FB. Reabilitação Psicossocial no contexto da desinstitucionalização: Utopias e Incertezas. *In:* Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB , organizadores. Saúde Mental: da Prática Psiquiátrica Asilar ao Terceiro Milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p 55-66 .
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 86 p.
15. Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. *In:* Amarante PDC, Cruz LB, organizadores. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. p. 37-50.
16. Silveira LC. Equipe de Saúde Mental: Sociopoetizando o Hospital-Dia (dissertação). Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2001. 127 p.
17. Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro Psiquiatria* 1994; 43(12): 647-54.
18. Martins AKL, Braga VAB, Souza AMA. Práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. *Rev. RENE Fortaleza* 2009; 10(4): 165-72.
19. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Acesso em 02. fev. 2012.
20. Rauter C. Oficinas para quê? uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. *In:* Amarante P, organizadores. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 267-277.

