

**Universidade de São Paulo
Escola de Artes, Ciências e Humanidades
Gestão de Políticas Públicas**

Priscilla Molino de Oliveira

**Histórico e evolução das políticas públicas
para saúde mental no Brasil**

São Paulo

2014

Priscilla Molino de Oliveira

Histórico e evolução das políticas públicas para saúde mental no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso
realizado como requerimento ao
Bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Universidade de São Paulo
sob orientação da Prof. Flavia Mori Sarti.

São Paulo

2014

Folha de Avaliação

OLIVEIRA, Priscilla Molino. Políticas Públicas para a Saúde Mental. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito à conclusão do curso de Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade de São Paulo

BANCA EXAMINADORA

Flavia Mori Sarti
Prof.Orientadora

Fernando de Souza Coelho
Membro titular

Examinada em: ____/____/____.

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Prof. Flávia Mori Sarti, que durante o processo de orientação do TCC me deu conselhos fundamentais para o progresso desse trabalho.

Agradeço a minha família, principalmente ao meu pai. Sem suas críticas e explicações, eu não chegaria a um nível de entendimento tão elevado sobre o assunto tratado. Meu pai, meu amigo, minha inspiração.

Devo a vocês a realização desse trabalho.

Resumo

Oliveira, Priscilla Molino. **Histórico e evolução das políticas públicas para saúde mental no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão de Políticas Públicas). Universidade de São Paulo, 2014.

O presente trabalho tem por objetivo realizar o levantamento do histórico do Brasil no que se refere ao auxílio aos doentes mentais ao longo das Constituições Federais e ações recentes das políticas públicas direcionadas para saúde mental. Também analisa o conceito de sanidade e insanidade, assim como literatura referente às principais causas de transtornos mentais, que ainda representam quadros pouco compreendidos. Por fim, discute-se a falta de compreensão da mente humana presente até atualmente, que acabam por conduzir à criação de medicamentos que amenizam sintomas das doenças; entretanto apresentam inúmeros efeitos colaterais, incluindo perda criativa e estagnação, causando enorme perda de bem-estar aos pacientes.

Abstract

Oliveira, Priscilla Molino. **History and evolution of public policies directed to mental health in Brazil**. Undergraduate Monography (Public Policies Management). University of Sao Paulo, 2014.

The study aims to perform an analysis of the history related to public policies directed to mental health in Brazil throughout several Constitutions and government programs to help individuals mentally handicaped. It also examines the concepts of sanity and insanity, as well as literature regarding the main causes of mental disorders, which still represent challenging scenarios in health. Finally, the very lack of understanding of the human mind at present days, that ultimately leads to the creation of drugs that alleviate the symptoms of the disease, however, present numerous side effects which include stagnation or loss of creativity, causing huge loss of welfare to the patients.

Lista de Ilustrações

Ilustração I - Avanços após a criação da Lei 10.216.....	31
Ilustração II - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009.	35
Ilustração III - Inversão de gastos destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009.	36
Ilustração IV - Ciclo do desenvolvimento humano.....	11
Ilustração V - Diagrama - Probabilidades de respostas a estímulos padrão de diferentes indivíduos.	14

Sumário

1. Introdução	8
1.1 Problema	8
1.2 Objetivos	9
1.3 Metodologia	10
2. Sanidade e insanidade	11
2.1 Sanidade, normalidade e loucura	11
2.2 Transtornos e suas causas: A esquizofrenia como exemplo	16
2.3 As supostas causas da esquizofrenia	17
3. Decretos e leis ao longo da história das Constituições Federais	20
3.1 Decreto 1.132 de 1903	20
3.2 Decreto 24.559 de 1934	21
3.3 Lei 10.216 de 2001	23
4. Movimento Antimanicomial	26
4.1 Origens italianas do movimento	26
4.2 Franco Basaglia e sua influência no Brasil	27
4.3 O Movimento Antimanicomial e os avanços obtidos	29
5. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	32
5.1 Objetivos do CAPS	32
5.2 Público alvo do CAPS	33
5.3 Atividades terapêuticas ofertadas no CAPS	34
5.4 Recursos do SUS destinados ao CAPS: Financiamento para serviços extra-hospitalares	35
5.5 O lado burocrático do CAPS	36
6. Conclusão	40
7. Bibliografia	42

1. Introdução

Os transtornos mentais há muito tempo representam um flagelo para a humanidade. O status de doença mental é recente no Ocidente. Até alguns séculos atrás, o doente mental era considerado como um “possuído”, preso ao seu próprio corpo. Por conta disso, na Idade Média, na época da Inquisição, os médicos faziam complicados diagnósticos para diferenciar as “verdadeiras doenças” e as “doenças causadas por bruxaria”, que na maioria das vezes eram doenças mentais. (COOPER, 1967)

Na França, no século XVII, havia loucos com os quais o público gostava de se divertir (COOPER, 1967), a cultura Ocidental manteve esse estranho hábito até cerca de 1650. Em meados do século XVII, na Europa, os doentes eram internados juntos a mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas e criminosos (COOPER, 1967); indivíduos que de uma forma ou outra, não se enquadravam no padrão da sociedade da época. Essa associação de doenças mentais com culpas morais e sociais se mantém até os dias de hoje, por completa falta de conhecimento.

1.1 Problema

Na atualidade, os transtornos mentais representam uma parcela significativa das doenças, cerca de 8% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Apesar disso, desde o começo da sua história, a civilização pouco evoluiu na descoberta de suas causas e como consequência, na aplicação de tratamentos que levem a cura ou remissão dessas doenças.

Mesmo os inúmeros estudos feitos durante séculos por anatomistas dissecando tecidos; fisiologistas procurando entender a bioquímica de inúmeros compostos e produtos; geneticistas que tentam desvendar códigos fontes embutidos em cada ser, buscando a lógica da programação da vida, nada disso foi suficiente para desvendar o complexo funcionamento orgânico. Pouco avanço tem se percebido em áreas vitais para o ser humano, como no sistema nervoso, por exemplo.

Não que já não se tenha dado nome às diversas locações e estruturas. Também se tem uma noção dos mecanismos de transmissão de sinais, da

bioquímica das diversas sensações e emoções que foram atribuídas a áreas específicas do cérebro. Os neurotransmissores também já foram batizados e classificados como essenciais para um estado de sanidade ou de doença mental.

Nada disso, entretanto, é suficiente para que se tenha uma vaga ideia do que esta por trás da nomenclatura e de todas as funções catalogadas: a consciência. Esta que faz com que nos percebamos a nós mesmos, que nos individualizemos como pessoas, e nos distingue enquanto espécie. A consciência não se revela em nenhum exame clínico, e também não podemos associa-la a nenhum neurotransmissor.

Compreende-se de forma rudimentar o cérebro, desconhece-se a mente. Esta incompreensão dos processos mentais e do que seja realmente a consciência, é que torna tão difícil distinguir racionalidade, sanidade e insanidade. Isso se reflete no sofrido e complicado diagnóstico e tratamento dos portadores, e também na implementação de políticas públicas que visam ao atendimento de portadores de transtornos mentais.

1.2 Objetivos

No Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Constituição Federal e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio. Será comparado o que está previsto por lei, e o que realmente ocorre. Verificar-se-á se a aprovação das leis e a participação do Ministério Público na fiscalização das internações involuntárias promoveram mudanças significativas para as pessoas com transtorno mental. Também entender o que são de fato essas doenças tão pouco compreendidas, e a rotina de quem precisa enfrentá-las.

Outro ponto importante que será objetivo desse trabalho é destacar os movimentos sociais na construção de políticas sociais, que ganharam força principalmente no Brasil pós-ditadura militar. Pode-se destacar como exemplo o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial visa o fim dos hospitais psiquiátricos pelo gasto inútil de verbas públicas e forma de atenção ultrapassada, sem resolutividade, excludente e violenta. Sua proposta é a criação de serviços substitutivos em saúde mental.

Em sua maioria, os indivíduos portadores de doenças psíquicas tem dificuldade para encontrar suporte para o tratamento de suas respectivas doenças. Não apenas o suporte financeiro, pois os medicamentos para amenizar os sintomas custam caro, mas também o diagnóstico para determinados transtornos muitas vezes é precoce, pois não é feita uma análise profunda do que ocorre com esses indivíduos, principalmente os que estão em vulnerabilidade social, que não tem condições de pagar consultas psiquiátricas, o que acaba levando a um diagnóstico incorreto que por consequência leva a um tratamento incorreto, causando ainda mais prejuízo ao bem-estar desses indivíduos. Há também a questão do preconceito que permeia esse assunto, tornando mais complicado para a família dos indivíduos e aos próprios indivíduos buscarem um tratamento, sem apoio psicológico.

1.3 Metodologia

O trabalho será desenvolvido com base em uma pesquisa exploratória através da análise das leis, do atendimento nos serviços de saúde pública, do conceito de sanidade e insanidade, e do aprofundamento do conhecimento em alguns transtornos mentais. A metodologia deste trabalho será dividida em cinco etapas: Etapa 1: Análise de decretos e leis ao longo da história das Constituições Federais; Etapa 2: Análise dos Movimentos de Luta Antimanicomiais; Etapa 3: Análise dos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial; Etapa 4: Análise do conceito Sanidade e Insanidade, e das causas e tratamentos da Esquizofrenia; Etapa 5: avaliação dos resultados obtidos.

2. Sanidade e insanidade

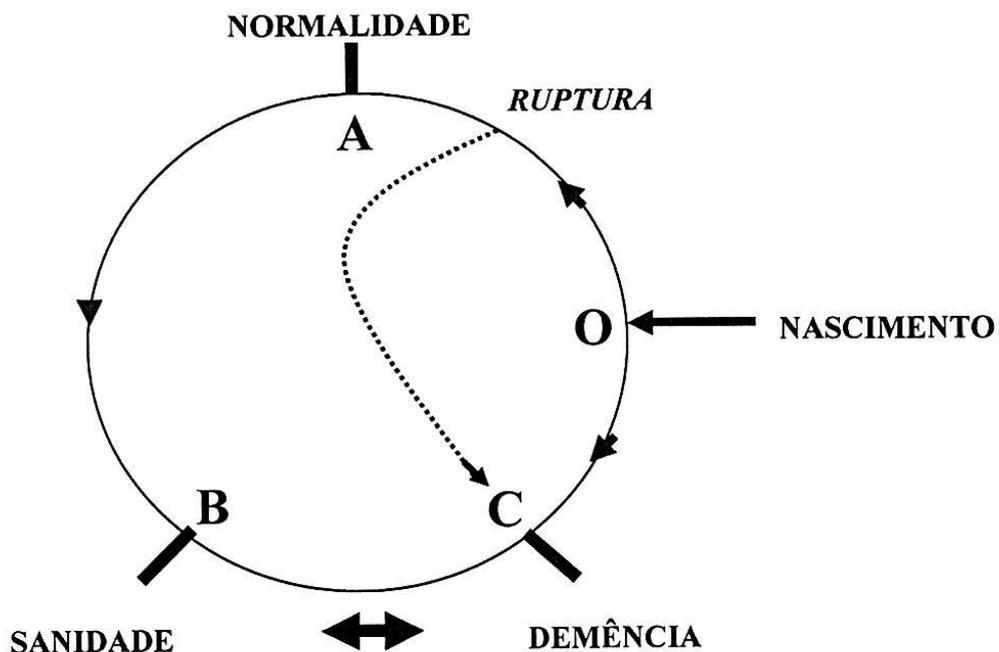
“Não há um grande gênio sem algum toque de loucura”.

Sêneca (5AC-65DC)

2.1 Sanidade, normalidade e loucura

O domínio em que convivem a sanidade, a normalidade e a loucura possui fronteiras incertas que se modificam constantemente impossibilitando um padrão exato de desvio de comportamento que possa servir de parâmetro comum. Esse limiar incerto levou a algumas linhas de pensamento psiquiátricos que discordam em classificar o comportamento atípico como doentio e propõe apenas como sendo fora da normalidade. Afinal, por que um comportamento que não se enquadra nos padrões da sociedade, deve necessariamente ser doentio? Essas outras linhas de raciocínio seguem a seguinte proposta:

Ilustração IV - Ciclo do desenvolvimento humano.



Fonte: COOPER, 1967.

David Cooper (1967), em seu livro "*Psiquiatria e antipsiquiatria*" desenvolve uma explicação para o ciclo do desenvolvimento humano. Como se pode observar no quadro acima, a maioria dos indivíduos a partir do nascimento (O) segue seu desenvolvimento de aprendizagem intelectual e social ao longo do caminho O-A chegando até a vida adulta onde se estabilizará no estado de normalidade.

Este é o indivíduo que se adequou aos padrões sociais, produz as respostas que são exigidas pelo sistema, e nele vive confortavelmente. Alguns indivíduos, por outro lado, apresentam desde a infância um comportamento que não segue o caminho considerado "normal" O-A, e sim um desenvolvimento pela linha O-C que leva a um estado de loucura. No caso desses indivíduos a ajuda é necessária para reverter esse trajeto e prosseguir em direção à Normalidade, mas infelizmente, na maioria das vezes, a ajuda proposta não é devidamente correspondida, nem por terapias nem por medicamentos, fazendo esses indivíduos passarem a vida inteira em um estágio de transtornos psíquicos recorrentes (COOPER, 1967).

Há casos ainda em que o indivíduo começa um desenvolvimento normal, mas em algum ponto deste desenvolvimento ele sofre uma ruptura, invertendo a curva esperada e apresentando surtos psicóticos periódicos ou definitivos (representado pela linha pontilhada). Quando esta ruptura ocorre, considera-se que fatores internos ou externos tenham contribuído neste processo. Esse evento acontece normalmente com pessoas com mais sensibilidade a situações de conflito. Um julgamento pela família, maneiras explícitas ou veladas de hostilidade, críticas, ou até mesmo sugestões interpretadas como ordem, podem ocasionar situações insustentáveis de estresse em que o indivíduo como forma de proteção sofre a ruptura de seu próprio processo evolutivo, necessitando de cuidados especiais e de ajuda para voltar ao estágio normal de desenvolvimento, em uma situação em que ele se sinta confortável (COOPER, 1967).

Finalmente há os poucos casos de indivíduos que prosseguem no caminho do desenvolvimento, ultrapassando o estágio da normalidade. Esses são considerados indivíduos "evolutivos" que não se adaptam à normalidade, e nem tampouco apresentam as respostas padrões que deles se espera. Porém essas pessoas, tendo um domínio maior da realidade e a ela se impondo, acabam fazendo escolhas livres de padrões definidos e vivendo vidas "alternativas" (caminho A-B). Essa

ruptura com o estágio da normalidade se difere daquela que culmina a demência, pois aqui a escolha é consciente, e leva a um estágio de maior percepção, domínio mental e intelectual, a sanidade (COOPER, 1967).

No particular estado da sanidade residem aqueles indivíduos muitas vezes considerados excêntricos, mas geniais, com grande capacidade criativa, dos quais a civilização tem dependido para garantir seus avanços. A posição que a sanidade ocupa no diagrama revela que o indivíduo ultrapassa a normalidade atingindo um grau superior a ela, há, porém um fator a se destacar: não há limites para a evolução da sanidade, havendo casos extremos onde este estado convive perigosamente próximo ao limiar da insanidade, e muitas vezes o atingindo (COOPER, 1967).

Na maioria das vezes esse processo é reversível, como mostra a seta dupla. Ou seja, um indivíduo com uma enorme capacidade criativa pode acabar se transferindo do estado sanidade-loucura e loucura-sanidade várias vezes. Muitos desses indivíduos acabam fazendo uso de medicamento para manter a lucidez. Infelizmente, esses medicamentos acabam com o estado de inspiração profunda em que sua mente o levou, gerando grande frustração e fazendo com que muitas vezes o uso dos remédios seja evitado (COOPER, 1967).

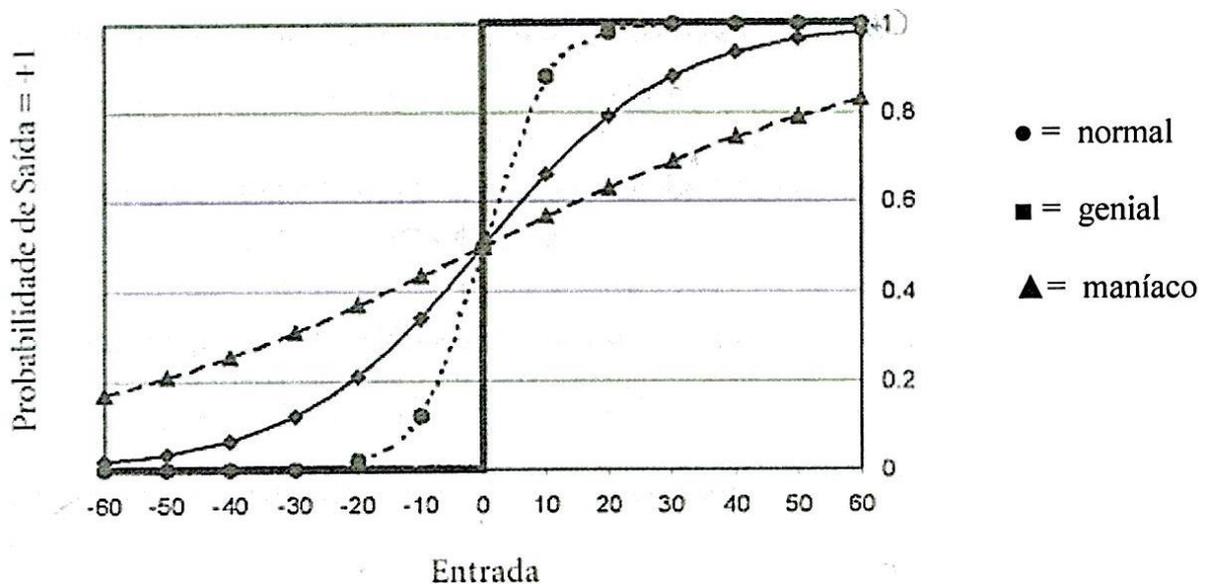
O relato abaixo é de uma brilhante professora de psiquiatria, Kay Redfield que exerce sua profissão na John Hopkins University, e é portadora de transtorno bipolar:

Minhas manias, pelo menos em seus estágios iniciais mais leves, eram estados absolutamente intoxicantes que originavam grande prazer pessoal, um fluxo de pensamentos incomparável e uma energia infindável, que permitia a translação de novas ideias para artigos e projetos.

Toda medicação... cortava drasticamente esses períodos onde eu voava, flutuava... [Posteriormente], entrei em um processo maníaco e descontrolado e além do reconhecimento, tendo de iniciar uma longa e custosa guerra contra um medicamento que, dentro de poucos anos, estaria encorajando outras pessoas a tomar (JAMISON, 1996:p.4-6).

Algumas pesquisas sobre a estreita relação sanidade-insanidade mostram que a resposta a estímulos ocorre de forma muito distinta entre indivíduos considerados normais, geniais e maníacos. Um gráfico feito para estudos comparativos mostra a probabilidade de resposta correta a determinado estímulo, a variação de resposta de cada indivíduo seria:

Ilustração V - Diagrama - Probabilidades de respostas a estímulos padrão de diferentes indivíduos.



Fonte: SATINOVER, 2001.

No livro “O cérebro quântico”, Jeffrey Santinover explica pelo diagrama mostrado acima, como ocorre a resposta a estímulos em diferentes indivíduos. O padrão representado por ● mostra a forma de resposta a estímulos dada por um indivíduo considerado normal, ou “não inspirado”. É uma resposta de início mais lento, porém quando a solução é captada em um dado momento, a resposta esperada é rapidamente atingida (SATINOVER, 2001).

O padrão representado por ■ é de um indivíduo considerado genial ou “totalmente inspirado”. Desde o primeiro momento a resposta é bem mais elevada do que o indivíduo “não inspirado”. Não há uma precipitação para a resposta padrão,

óbvia, e sim todo um percurso investigativo em torno de todas as respostas possíveis antes de chegar à resposta esperada (SATINOVER, 2001).

O padrão ▲ representa o indivíduo maníaco. Nesse estado o indivíduo reage a qualquer estímulo rapidamente, mais rápido até que o padrão da genialidade, porém as respostas são caóticas. O indivíduo permanece flutuando permanentemente todo o percurso, distante da resposta esperada e nunca a compreendendo (SATINOVER, 2001).

Representado em negrito no gráfico, está uma rede neural artificial feita por computador. O que o gráfico pretende mostrar é que a resposta do indivíduo “não inspirado” é muito semelhante a um programa de computador, é necessário obter todas as informações necessárias para se chegar a uma resposta (SATINOVER, 2001). Algumas pessoas simplesmente não aceitam essa “racionalidade” programada de computador, e esse não conformismo pode muitas vezes encontrar-se capitulado na CID-10 em algum caso de esquizofrenia ou algo parecido.

O gráfico e o diagrama são importantes para entendermos, na teoria, a evolução dos seres humanos e seu comportamento frente a estímulos. Entretanto, na prática, quando nos deparamos com a sociedade real, encontramos indivíduos que estão posicionados no Diagrama de várias possíveis formas e posições. E também indivíduos que respondem de formas muito variadas a estímulos e sobreposições de estados mentais, o que torna difícil a perfeita distinção de normalidade, sanidade e insanidade.

As áreas mais humanistas da psiquiatria não aceitam facilmente quando a sociedade, até muitas vezes a própria família, classifica um membro como doente e pede seu isolamento, ou na melhor das hipóteses vão à procura de medicamentos psicoativos como anticonvulsivos e antipsicóticos que podem causar vários efeitos colaterais e que reduzem a intensiva atividade neural do indivíduo.

A profunda ignorância sobre o que considerar como estado “doente” dificulta ainda mais a aceitação da sociedade para a criação de um ambiente social favorável a uma boa adaptação. A discriminação que esses indivíduos sofrem gera medo e desconfiança em todos que preferem simplesmente chama-los de “loucos”.

A seguir, com o objetivo de compreender mais profundamente os portadores de distúrbios psíquicos, serão apresentadas as inúmeras hipóteses para o que causam alguns dos transtornos mais debilitantes, e os efeitos dos medicamentos utilizados pelos portadores desses transtornos.

2.2 Transtornos e suas causas: A esquizofrenia como exemplo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (CID-10), a esquizofrenia é a doença mental mais grave, por ser a mais debilitante. Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados em geral por disfunções do pensamento, da percepção e do comportamento. Cerca de 1% da população mundial sofre dessa patologia. Indivíduos que sofrem dessa patologia perdem as características básicas que os separam de uma pessoa normal, como senso de individualidade, unicidade e direção de si mesmo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Em alguns casos mais psicóticos, o doente se acha o pivô de todas as situações ao seu redor, como se todos os seus pensamentos e gestos fossem compartilhados por outras pessoas, isso gera alucinações de forma que forças naturais e sobrenaturais influenciam nos pensamentos e atitudes do indivíduo, e muitas vezes as atitudes se tornam bizarras para quem está de fora. As alucinações auditivas constituem-se em uma ou mais vozes que sempre comentam sobre o indivíduo, suas atitudes ou seus pensamentos. Perplexidade também é comum no início da doença, e ao longo do tempo o doente sente que coisas normais do cotidiano possuem um significado especial, usualmente sinistro destinado unicamente para ele. Devido às perturbações de ideias e dos pensamentos, estes se tornam vagos, obscuros e a expressão em palavras algumas vezes se tornam incompreensíveis (STERIAN, 2001).

A taxa de mortalidade de esquizofrenia é duas vezes maior a da população geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Provavelmente a esquizofrenia, tal como outras doenças mentais, tenha existido em todo o tempo de civilização, porém o termo esquizofrenia (Divisão da Mente) é novo. Até meados do século XX o conceito dessa doença foi atribuído a algumas características como folia, loucura e demência. (STERIAN, 2001)

2.3 As supostas causas da esquizofrenia

As causas da esquizofrenia ainda não são conhecidas, contudo com o avanço da neurociência algumas pesquisas já foram realizadas para determinar as supostas causas dessa patologia.

- Fatores ambientais - Estudos realizados nas décadas de 1960 e 1970 apresentam evidências de que crianças adotadas por mães esquizofrênicas desenvolviam 9,1% a mais esquizofrenia do que crianças adotadas por mães sem a doença, apenas 1,1%. Esses números mostram que o ambiente familiar pode influenciar muito no desenvolvimento dessa doença em pessoas geneticamente suscetíveis (STERIAN, 2001).
- Fatores genéticos - Foram realizadas pesquisas entre gêmeos dizigóticos, não idênticos, e gêmeos monozigóticos, idênticos. Essas pesquisas mostraram que a manifestação de esquizofrenia em gêmeos dizigóticos é de 8 a 12%, um índice comparado a irmãos de primeiro grau, e que ultrapassa muito a taxa de 1% da população mundial com esquizofrenia. (STERIAN, 2001). O resultado dos estudos em gêmeos idênticos mostrou uma concordância de 50% no desenvolvimento da doença, esse número alto, é um indício de que a genética tem influência na causa da esquizofrenia, porém para isso ser comprovado os índices tinham de ser 100%, ou seja, existem outros fatores adicionais além da genética.
- Hipóteses virais - A hipótese que doenças mentais tenham ligação com infecções, existe desde o início do século XX. Após a I Guerra Mundial, a Europa foi devastada por uma epidemia de gripe, que matou 20 milhões de pessoas. Muitos sobreviventes da gripe adquiriram encefalite, uma doença cerebral que compromete o sistema nervoso central. Os sintomas pós-encefalicos que os indivíduos apresentavam eram: paralisias oculares e Parkinson; pensamentos obsessivos e compulsões (sintomas de Transtorno Obsessivo Compulsivo, TOC), psicoses e características semelhantes à esquizofrenia (CORDIOLI, 2007). Outras evidências que indicam a relação de esquizofrenia e doenças virais são: a taxa de nascimento de pessoas esquizofrênicas é

bem maior nos meses de inverno, onde se adquire infecções com mais facilidade e o aumento da doença nos nascimentos após uma epidemia de gripe (STERIAN, 2001).

- Teoria dos neurotransmissores - A dopamina é um neurotransmissor (substância produzida pelo próprio cérebro) muito investigado na esquizofrenia. Suspeita-se que a esquizofrenia está associada à abundância de dopamina em partes específicas do cérebro. No feto, é possível que a mudança nos níveis de dopamina prejudique o desenvolvimento cerebral normal (STERIAN, 2001). As anfetaminas, utilizadas como alucinógenos, podem causar psicose em um indivíduo sem sintomas prévios, e crises em portadores de esquizofrenia. Esses alucinógenos funcionam com a liberação de dopamina que se encontra armazenada nos neurônios. Como as anfetaminas causam efeitos parecidos com a esquizofrenia, essa é mais uma suspeita da relação da dopamina com essa doença. O alucinógeno LSD, por sua vez, causa sintomas parecidos com a esquizofrenia, como perder a noção da realidade e ter alucinações. O LSD diminui o nível de serotonina no cérebro. Isso levou a uma suspeita de um déficit de serotonina em portadores de esquizofrenia. (STERIAN, 2001).

Todas essas hipóteses são semelhantes para outros transtornos mentais, como TOC e transtorno bipolar, alterando apenas os neurotransmissores responsáveis pelos distúrbios (CORDIOLI, 2007). O que se pode analisar é que ainda se tem apenas uma vaga ideia do que pode estar relacionado a essas doenças mentais, e que o caminho a se percorrer para achar a cura desses transtornos é longo, por isso o tratamento mais utilizado até hoje são os medicamentos.

Os antipsicóticos são diagnosticados para as pessoas que sofrem com esquizofrenia, quando há perturbação no comportamento que possa afetar o portador e familiares. Os efeitos normalmente surgem depois de algumas horas, dias ou semanas. Para cada caso é diagnosticado um antipsicótico específico, dependendo do curso da doença. Os efeitos colaterais típicos de antipsicóticos incluem espasmos musculares involuntários, rigidez muscular, tremores, taquicardia, desencadeamento de diabetes, hesitação ou retenção urinária e visão borrada.

Alguns desses sintomas afetam até 20% dos portadores de esquizofrenia (STERIAN, 2001).

Embora os fármacos sejam essenciais para o controle de transtornos mentais mais debilitantes, outros métodos alternativos como terapias comportamentais, individuais ou familiares, como as disponíveis no CAPS, são bem vindos para melhorar os sintomas das doenças.

Mais importante do que os antipsicóticos é a relação médico-paciente. Se o paciente não se sente seguro com o profissional de saúde, sintomas negativos surgem. A falta de expressão emocional e o isolamento, que sucedem o negativismo, podem ser desestimulantes para o médico que tenta entender o paciente (STERIAN, 2001).

São necessárias consultas periódicas para que seja realizado um diagnóstico correto ao paciente, pois diversos transtornos mentais possuem sintomas em comum, e há diversos subtipos do mesmo transtorno mental, porém que precisam ser tratados de formas diferentes. Como ainda não existe nenhum exame que diz com precisão qual transtorno mental e qual fármaco é o que melhor vai reagir no organismo de cada indivíduo, é muito importante uma avaliação médica segura, para o bom desenvolvimento dessas doenças tão pouco compreendidas.

3. Decretos e leis ao longo da história das Constituições Federais

3.1 Decreto 1.132 de 1903

O primeiro decreto que tratou da questão dos doentes mentais, 1.132 de 1903 promulgado no governo do presidente Rodrigues Alves, e previa a “reorganização da assistência aos alienados”. Dentre os artigos, estava à proibição de manter os “alienados” em cadeias públicas e do funcionamento e regras dos hospícios que eles ficariam internados (REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1903).

Embora fosse um avanço proibir que portadores de doenças mentais fossem condenados às cadeias públicas, no Artigo 1º desse decreto, já é possível identificar o descaso e a exclusão que esses indivíduos ainda sofriam:

Art. 1º. O individuo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. (BRASIL, 1903).

Em outro artigo dá para notar que os portadores ainda eram tratados como criminosos e que necessitavam ficar reclusos:

Art. 11. Enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem. (BRASIL, 1903).

Pelos artigos mencionados acima, é possível concluir que o decreto 1.132 ainda estava longe de garantir cidadania aos portadores de distúrbios mentais. A

cadeia publica deu lugar ao manicômio onde esses indivíduos ficavam totalmente excluídos da sociedade por apresentar comportamentos considerados perigosos. Os portadores de transtornos psíquicos não tinham tratamento para os sintomas dos distúrbios após serem internados. A maioria das vezes a camisa de força era utilizada para conter esses sintomas.

3.2 Decreto 24.559 de 1934

Em meio às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, foi criado o decreto 24.559 de 1934 que foi implantado com o intuito de substituir o decreto 1.132. Nesse decreto estava prevista a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos além de outras providências (REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1934), como é possível notar nos artigos abaixo:

Art. 1º. A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

Proporcionar aos psicopatas tratamentos e proteção legal;

Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;

Concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 3º. A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º deste decreto obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doentes com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas secções especiais de que trata o parágrafo único do artigo 4º.

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º. São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social. (BRASIL, 1934).

No decreto 24.559 ainda não foi possível notar grandes avanços na quebra de paradigmas antes estabelecidos e nas questões humanitárias que envolvem o tema tratado. Ainda não se tinha o cuidado de dar ao doente apoio após a internação psiquiátrica para que os portadores de transtornos mentais fossem vistos como pessoas que precisam de cuidados psicológicos e medicamentos específicos, e não como delinquentes ou pessoas que tinham algum desvio de caráter. Nesse decreto a incapacidade do doente mental foi reafirmada, sendo facilitado o recurso para a internação.

O decreto ainda considera os manicômios (estabelecimentos psiquiátricos) como principal forma de internação desses indivíduos. Desconsiderando toda a violência psiquiátrica, métodos primitivos de tratamento, e a reclusão que os

portadores de doenças psíquicas estavam sujeitos a enfrentar. Entende-se que a internação era a regra, e o tratamento extra-hospitalar a exceção.

Até o início da década de 1970 ainda não havia qualquer mobilização ou conscientização da população acerca das más condições que os portadores de transtornos psíquicos enfrentavam nos manicômios. A realidade brasileira vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica em meados da década de 1970, com manifestações crescentes de vários setores da sociedade no intuito de reduzir os manicômios e a limitação da liberdade individual que os portadores de transtornos psíquicos estavam sujeitos na internação. Além disto, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial.

Em resposta a essas mobilizações foi criado, em 1989, o Projeto de Lei 3.657, que visava à substituição progressiva dos manicômios por recursos assistenciais. Estabelecendo que a internação psiquiátrica só seja indicada quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (GOULART, 2007).

3.3 Lei 10.216 de 2001

Esse projeto de lei foi aceito apenas em 2001, com a promulgação da Lei 10.216 que discorre sobre a internação psiquiátrica e garante a defesa e a proteção dos direitos do indivíduo incapacitado, obtendo resultados positivos nos serviços de internação. (BRASIL, 2001.). Abaixo constam alguns dos artigos da Lei 10.216, onde é possível notar o avanço na questão dos direitos dos portadores de transtornos mentais:

Art. 1º. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou

dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216 mostrou grandes avanços acerca da questão dos doentes mentais. A internação psiquiátrica divide lugar com terapias alternativas mais humanas, onde os portadores desses transtornos são avaliados e levados a um tratamento para aliviar os sintomas de suas doenças, junto ao apoio psicológico não só ao indivíduo, mas também aos seus familiares. A criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que dá atendimento gratuito a esses indivíduos, garantiu um tratamento de qualidade para pessoas que não possuem recursos para pagar medicamentos e consultas periódicas com um psiquiatra.

Essa lei é fruto de um intenso movimento nomeado Movimento de Luta Antimanicomial, que percorreu o país por vários anos e recebeu grande influência do movimento italiano preconizado por Franco Basaglia. A seguir analisaremos a história desse movimento.

4. Movimento Antimanicomial

4.1 Origens italianas do movimento

Segundo Maria Stella Brandão Goulart (2007), em seu livro "*História da psicologia no Brasil - As raízes italianas do Movimento Antimanicomial*", os avanços na questão da violência psiquiátrica teve grande influência do movimento antimanicomial italiano, conhecer a história italiana ajuda a refletir sobre as continuidades e descontinuidades das experiências de luta por direitos humanos em países e épocas distintas. Esse movimento é considerado desde o final da década de 1960, referência no conjunto de iniciativas da reforma psiquiátrica do cenário ocidental, pois significa a radicalização de toda uma tendência do pós-guerra de reforma mais humanizada das instituições psiquiátricas. A seguir apresenta-se o movimento e a identificação dos seus principais atores sociais.

A luta antimanicomial, seja no Brasil ou na Itália, tem como principal objetivo denunciar a violência psiquiátrica, o preconceito e as más condições de tratamento que indivíduos portadores de transtornos mentais graves estão sujeitos a enfrentar. Uma premissa dos manicômios é o afastamento dos portadores de transtornos psíquicos do convívio comunitário, sendo expostos a tratamentos em sua maioria das vezes opressivos. (GOULART, 2007)

Além desses fatores, outros interesses sustentam a luta do movimento antimanicomial: o crescimento e a pressão da indústria farmacêutica e seus psicofármacos; o mercado da saúde mental que movimenta altos recursos públicos e privados; o contexto político, que apoia definições de saúde pública normativas (GOULART, 2007).

O movimento antimanicomial promoveu uma aliança entre os profissionais de saúde mental e a sua clientela, tendo como fator em comum a luta pelos direitos humanos. Essa luta teve como resultado uma nova legislação psiquiátrica e uma profunda reforma do modelo assistencial.

Na Itália, a Lei 180, mais conhecida como Lei Basaglia, de 1978, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos no país, regulamentou o sequestro e a internação de

doentes mentais, de modo a se evitar arbitrariedades, recolocou o portador de transtornos mentais no centro do processo de tratamento, resgatando a necessidade de consentimento e o caráter voluntário do processo, garantiu ao usuário o direito à comunicação e à informação e reorientou a assistência nos serviços extra-hospitalares. (GOULART, 2007:p.23).

O movimento antimanicomial italiano ocorrido nas décadas de 1960 e 1970 contou com vários atores sociais e possui caráter coletivo. Participaram desse movimento: profissionais de saúde, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais; assim como profissionais de outras áreas; familiares e amigos de usuários; usuários e ex-usuários de serviços psiquiátricos; partidos políticos e sindicatos. (GOULART, 2007).

4.2 Franco Basaglia e sua influência no Brasil

O nome principal entre todos esses atores sociais e político é o de Franco Basaglia. Franco Basaglia nasceu em 1924 em Veneza, Itália. Após a 2ª Guerra Mundial, depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova onde acabou se especializando na medicina psiquiátrica, ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. (ALVES, Domingos Sávio. Instituto Franco Basaglia. Memória da Loucura).

Em 1961, assumiu a direção do hospital, e iniciou mudanças visando a transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedagem e o cuidado técnico aos internos, efetuando ações como a retirada de barreiras físicas e a implementação de sistemas *open door*, para que os pacientes pudessem circular livremente. (ALVES, Domingos Sávio. Instituto Franco Basaglia. Memória da Loucura).

Após a experiência em Gorizia, Franco Basaglia atuou na cidade de Trieste, onde criou os centros territoriais de saúde mental, fazendo com que o manicômio local fosse substituído por esses centros em meados da década de 1970. Paralelo a

esse trabalho, Basaglia divulgava e ampliava a rede do movimento antimanicomial, mobilizando cada vez mais a população (GOULART, 2007).

Basaglia acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Participou da formulação da Lei 180, e se empenhou para que a lei fosse aprovada, o que acabou ocorrendo em 1978 (GOULART, 2007). Foi essencial para que o Movimento de Luta Antimanicomial ganhasse força não só em seu país de origem, mas também em diversos outros países.

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. (BASAGLIA, 1985: p.103).

O trabalho de Franco Basaglia ficou conhecido entre os brasileiros após sua visita e a de sua equipe, apresentando seminários para os profissionais do campo da saúde que criticavam as instituições psiquiátricas e seus modelos de tratamentos. Basaglia sensibilizou a opinião pública brasileira através da mídia, levando a imprensa aos hospitais psiquiátricos e realizando denúncias de violência. Essas denúncias foram levadas a frente por algumas associações de profissionais de saúde mental, entre elas a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação Mineira de Psiquiatria, a OAB e o MTSM (Movimento dos trabalhadores em saúde mental). Em 1979 foi dado o primeiro passo para o que seria no futuro o movimento Antimanicomial brasileiro, e que se deveu muito às ideias e ao trabalho que Franco Basaglia desenvolveu no país (GOULART, 2007).

O Brasil enfrentava nesse período a ditadura militar e o desejo da revitalização da sociedade civil, eleições diretas e redemocratização começaram a surgir com protestos e manifestações. A luta pela reestruturação do sistema de

saúde que se encontrava em uma situação crítica por falta de recursos, fez com que se iniciassem programas governamentais acerca desse tema. Através da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a sociedade civil criou o Sistema Único de Saúde e a Constituição Cidadã, onde a saúde passava a ser um direito do cidadão. Porém, essas ações não conseguiram parar a prática de internações hospitalares de longo prazo para portadores de transtornos mentais, principalmente por conta da Federação Brasileira de Hospitais formada por donos de hospitais privados, que apoiavam a permanência do modelo manicomial (GOULART, 2007).

Em 1987, o conjunto de atores sociais formado por profissionais da área da saúde mental, usuários dos serviços de saúde e seus familiares deram início ao Movimento Antimanicomial Brasileiro, propondo redefinições profundas: maior tolerância, compreensão e menos autoritarismo diante dos pacientes de transtornos mentais; uma reforma que garantisse através de leis uma maior cidadania e direitos aos portadores dessas doenças (GOULART, 2007).

Através de palestras e denúncias esses grupos de atores sociais foram mobilizando a população leiga e entidades que não pertenciam à área técnica, tais como o Congresso Brasileiro de Psiquiatria e o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, traçando uma trajetória para que um novo modelo divergente do até então sistema assistencial, fosse construído (GOULART, 2007).

Na década de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por uma descentralização, que proporcionou divisão de responsabilidades, alterou relações entre gestores e os critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Esses aspectos foram essenciais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção. Com isso o SUS ampliou o seu acesso, o que garantiu o desenvolvimento de ações alternativas e posteriormente ações substitutivas ao modelo de asilos de manicômios. Também foi aumentada a fiscalização nas clínicas e hospitais psiquiátricos.

4.3 O Movimento Antimanicomial e os avanços obtidos

O Movimento Antimanicomial brasileiro foi ao longo dos anos articulando propostas de regulamentação e legislação para o fim dos manicômios e lutando

contra o fim da segregação de portadores de transtornos psíquicos. Esse movimento foi responsável por várias vertentes alternativas para os pacientes de doença mental, tais como:

- Núcleos e centros de referência e assistência em saúde mental: Espaços que acolhem e tratam portadores de transtornos de todas as idades durante as crises psíquicas.
- Espaços de produção cultural e artística que visam à reabilitação e reintegração social daqueles que sofrem com distúrbios mentais.
- Casas para egressos de hospitais psiquiátricos que estiveram por muito tempo internados e perderam laços com familiares e amigos.
- O programa federal “De volta para casa”, instituído 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.
- Cooperativas de trabalho que visam à reabilitação e reinserção social do indivíduo.

O Movimento Antimanicomial está dividido atualmente em dois blocos: o movimento de luta antimanicomial e a rede internúcleos. Esses dois blocos tem extensão nacional e atuam em forma de rede. São interlocutores da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e em conferências nacionais de saúde mental (GOULART, 2007).

O movimento foi responsável também em iniciativas que culminaram na elaboração do Projeto de Lei 3.657 (Paulo Delgado), que tinha como base a legislação italiana (Lei 180), e previa resumidamente em seus artigos, a extinção de manicômios e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Após 12 anos de tramitação, o Projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado em 2001, convertendo-se na Lei Federal 10.216 (GOULART, 2007).

Mesmo que bastante descaracterizada em suas propostas antimanicomiais por diversas emendas, a Lei 10.216 manteve o seu caráter social, garantindo proteção e direitos aos indivíduos portadores de transtornos mentais, preconizando o atendimento territorial, estabelecendo critérios para a internação compulsória, indicando parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, ressaltando a

humanização da assistência, além da gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (GOULART, 2007).

A superação do modelo de assistência manicomial, a chamada “desinstitucionalização”, pretendida e apoiada pelo movimento de luta antimanicomial brasileiro, enfrentou também a desconstrução do modelo manicomial asilar privatizante, questionando-o como aparato antiterapêutico (GOULART, 2007:p.32).

A partir da Lei 10.216, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS (ALVES, s.d).

Ilustração I - Avanços após a criação da Lei 10.216.

ANTES DA LEI 10.216	APÓS A LEI 10.216
Internação em estabelecimentos de alienados	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) independente de qualquer estrutura hospitalar.
Sem direitos de proteção	Direitos e a proteção sem qualquer forma de discriminação
Internações involuntárias e invasivas	Tratamentos de acordo com as necessidades específicas
Tratamentos hospitalares	Tratamentos extra-hospitalares
Más condições de tratamento	Tratamentos terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis
Sem apoio aos familiares	Apoio psicológico aos familiares

O Movimento Antimanicomial Brasileiro pode ser considerado como um dos mais importantes movimentos da sociedade civil para o processo de mudança no campo da saúde mental do país.

5. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

5.1 Objetivos do CAPS

O Sistema Único de Saúde tem como princípio o acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde. Esse sistema integra o que é chamado de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, fornecendo ajuda médica e psicológica e apoio na reintegração social e familiar desses pacientes. Os CAPS foram a principal estratégia da Luta Antimanicomial, para acabar com a internação psiquiátrica e procurar alternativas que busquem tratamentos mais humanos aos portadores de transtornos psíquicos (BRASIL, 2004).

Os CAPS se dividem em diferentes especialidades. Os CAPS I e CAPS II visam ao atendimento de adultos portadores de transtornos mentais muito debilitantes. Esses centros funcionam durante o dia, de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Os CAPS III também visam ao atendimento de adultos portadores de transtornos mentais muito debilitantes, mas funcionam 24 horas por dia. Os CAPSi são centros que atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais, oferecendo tratamento diurno. Os CAPSad são centros que tratam de usuários de drogas, ou indivíduos que desenvolveram transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

Os CAPS também têm como responsabilidade:

Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde

mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

5.2 Público alvo do CAPS

Os indivíduos que são atendidos pelo CAPS são aqueles que apresentam dificuldades para levar uma vida plena e estabilizada por conta de distúrbios mentais ou transtornos acarretados pelo uso de substâncias psicoativas como álcool e drogas. Esses centros atendem pessoas de todas as idades e utiliza o sistema *open door*, onde os usuários podem circular com mais liberdade. Os usuários do CAPS não precisam necessariamente apresentar um histórico de internação psiquiátrica, como podem também já ter passado por longos períodos de internação (BRASIL, 2004).

O indivíduo que sentir necessidade de utilizar o CAPS pode se encaminhar direto para a unidade mais próxima da sua residência, sozinho ou acompanhado, ou solicitar ao Programa Saúde da Família que os direcione a esses centros. Assim que o usuário é recebido no CAPS, os funcionários do local deverão fazer uma pequena “entrevista”, para que tenham um histórico da evolução da doença e possam fazer um melhor diagnóstico ao paciente. Após a entrevista o paciente é avaliado e é escolhida a melhor forma de tratamento para ele. Geralmente o usuário do CAPS é atendido sempre pelo mesmo terapeuta que realizou a entrevista inicial, esse terapeuta é chamado de Terapeuta de Referência (TR), e é ele quem vai traçar o projeto terapêutico ideal para esse indivíduo (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), CAPS oferece várias formas de tratamento terapêutico, cada uma de acordo com as individualidades e necessidades de cada paciente, as formas de tratamento podem ser:

- **Atendimento Intensivo:** Atendimento diário, para aqueles indivíduos que se encontram em surtos psicóticos, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Semi-Intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

5.3 Atividades terapêuticas ofertadas no CAPS

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o CAPS pode oferecer atividades individuais ou em grupo. Nos atendimentos individuais são prescritos medicamentos para aliviar os sintomas dos transtornos, junto com a psicoterapia, onde o paciente é acompanhado para se avaliar a evolução do quadro de psicose com o uso dos psicofármacos.

Nos atendimentos em grupo, o usuário do CAPS passa por atividades esportivas, oficinas expressivas, atividades artísticas e oficinas geradoras de renda. Também há atividades para os familiares dos usuários dos CAPS, onde é possível contar com visitas domiciliares e atendimento psicológico.

O usuário do CAPS não necessita passar a maior parte do dia nos centros, são realizadas atividades comunitárias, que contam com caminhadas com grupos de usuários do CAPS de cada região, festas comunitárias e outras atividades para que se possa melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. A reabilitação social é

essencial para o bem-estar dos familiares e principalmente para o bem-estar dos usuários desses centros (BRASIL, 2004).

5.4 Recursos do SUS destinados ao CAPS: Financiamento para serviços extra-hospitalares

No período entre 2002 e 2009, os gastos do governo Federal para os programas do SUS relacionados à saúde mental cresceram cerca de 37%. No ano de 2006 os gastos federais extra-hospitalares para programas de saúde mental, ultrapassaram os gastos com hospitais. Enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de 269%, o investimento hospitalar sofreu queda de 40%. Com esses dados nota-se uma reorientação no financiamento dos investimentos, que se deve ao novo modelo de suporte à saúde mental (BRASIL, 2011).

Ilustração II - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009.

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1,200.37	1329.24	1495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28,293.33	30,226.28	36,538.02	40,794.20	46,185.56	49,489.37	54,120.30	62,919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24,293.34	27,181.16	32,703.50	37,145.78	40,750.59	45,803.74	48,670.19	58,270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

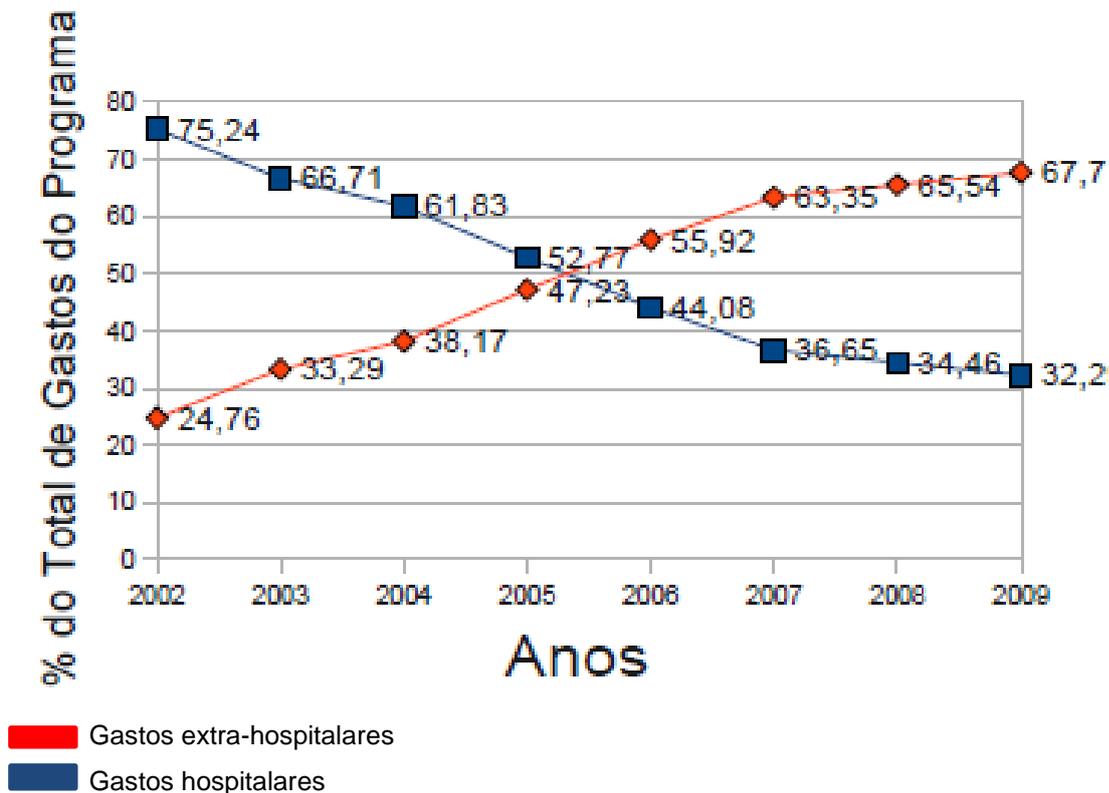
Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Fonte: BRASIL, 2011.

No quadro abaixo é possível verificar o processo de inversão de gastos hospitalares para gastos extra-hospitalares.

Ilustração III - Inversão de gastos destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009.



Fonte: BRASIL, 2011.

Os dados indicados acima mostram que os tratamentos alternativos estão crescendo no país, indo de acordo com a lei 10.216, que visa à redução gradativa de internações psiquiátricas.

5.5 O lado burocrático do CAPS

A Luta Antimanicomial enfraqueceu o estigma que muitas pessoas tinham com os portadores de transtornos mentais. A criação dos CAPS foi um avanço muito grande para que os manicômios tenham dado lugar aos tratamentos alternativos.

Apesar dos seus avanços, algumas vezes o acesso ao CAPS se torna burocrático a alguns portadores de transtornos mentais. Abaixo será apresentado um relato de um portador de esquizofrenia, fora do estado psicótico, que procurou um CAPS para conseguir o medicamento essencial para manter-se estabilizado:

“Logo nos primeiros dias de São Paulo fui à um Caps, próximo do abrigo Arsenal da Esperança, a fim de renovar o estoque de diazepam. Em relação ao antipsicótico até hoje não sei o que fazer, não decidi se tomo ou não tomo, às vezes sinto que é necessário, e outras vezes sinto que é urgentíssimo usar. Quando estou sozinho, não vejo tanta necessidade de tomar esses medicamentos.

(...) Fui atendido por duas mulheres que me fizeram um enorme interrogatório, um pouco cansativo e também muito chato, por ter que reviver com alguns detalhes os surtos psicóticos que tive.

Depois da longa entrevista, que é chamada de acolhimento, uma das mulheres me perguntou onde eu morava. Quando respondi que estava ficando na Mooca, simplesmente ela me disse que não poderia fazer nada por mim, pois não estava no Caps da área de abrangência. Mas por que ela não me perguntou o meu endereço antes de começar a conversa?

Ela então me deu o endereço de um outro Caps, localizado no bairro Bela Vista, muito mais distante deste primeiro que fui, que era na praça da Sé, em que tinha que pegar apenas o metrô da linha vermelha. Já no bairro Bela Vista eu teria que pegar dois ônibus, gastando a quantia de doze reais. Oras, que área de abrangência é esta? Depois eu que sou o doido... Então, no dia seguinte, logo cedo, depois de muito perguntar, consegui achar o tal bairro Bela Vista.

(...) Bem, chegando lá, fui atendido por uma mulher que logo começou a fazer o interrogatório novamente. Estava

cansado de tanta dificuldade para se pegar um simples diazepam e fui um pouco rude com ela: - Não tem jeito de me dar esse remédio sem essa burocracia toda?

Ela ficou séria, a sensação que nos passam é de que um esquizofrênico não pode ficar irritado por que corre-se o risco de ter o local totalmente destruído. Ela então disse que eu poderia frequentar o Caps e ficou balançando a carteirinha do passe livre, como que dizendo: - Olha o que vou te dar se você vier aqui!... Recusei o passe livre, pois, naquele momento só queria ter o diazepam e voltar a tomar a cloprormazina, pois sentia que poderia surtar dentro de algum tempo, por não ter me adaptado à São Paulo. Disse a ela que iria frequentar o futebol, apenas para encerrar a conversa e ir embora. Três meses depois, já mais calmo, voltei ao mesmo Caps. Fui atendido por uma psicóloga, que me fez o tradicional interrogatório de acolhimento. Engraçado como nos tratam quando chegamos à um Caps tranquilo, calmo, mais ou menos arrumado e com o cabelo mais ou menos penteado. Os funcionários olham entre si como que a perguntar: - O que esse cara está fazendo aqui, ele é normal, não precisa de remédios!

Parece que esses funcionários e alguns profissionais baseiam seus diagnósticos apenas na aparência física da pessoa, eles não acreditam que uma pessoa possa estar extremamente perturbada e ainda assim estar se vestindo adequadamente e estar conseguindo esconder suas emoções. Desta vez, respondi todas as perguntas com tranquilidade, pois já estava mais adaptado à cidade, quer dizer, já tinha me acostumado com a louca correria dos paulistanos. Mas foram tantas perguntas que até pensei se ela não estava pensando que eu estava fingindo ter esquizofrenia apenas para obter o passe livre. No final da entrevista, ela me disse que não era preciso ser atendido no Caps, pois eu estava estabilizado. Ou seja, eu não teria direito ao benefício, pois o mesmo só pode ser preenchido por médico especialista, o psiquiatra. Então, se eu der um

"piti" eu consigo o passe? Pois na primeira vez iria conseguir o benefício por ter sido apenas ríspido com a atendente. Às vezes somos tão mal atendidos no SUS que só alterando o tom de voz para sermos atendidos. Se chegarmos com educação e humildade, o máximo que ouviremos é um simples não. Estou cansado de ver mães dando piti para que seus filhos sejam atendidos..." (MEMÓRIAS..., 2014).

6. Conclusão

Embora os recentes avanços nas leis que garantem diversos direitos aos portadores de transtornos mentais, e a criação do CAPS tenham sido de grande e essencial importância para melhora da qualidade de vida desses indivíduos, o que foi possível tirar de conclusão nesse trabalho é que há ainda mais dúvidas do que certezas sobre o tema tratado, dificultando a cura ou remissão das doenças.

Há ainda muito preconceito em torno desse assunto, a maioria das pessoas prefere evitá-lo a se informar sobre ele, inclusive os familiares e os próprios portadores de transtornos mentais. Muitas pessoas acreditam que só de irem a uma sessão psiquiátrica, é meio caminho andado, afinal lá o profissional da área indicará um medicamento que colocará fim aos sintomas do transtorno. Mas a verdade é que nem os profissionais que tratam de doenças mentais têm absoluta certeza dos procedimentos que são sugeridos. Pouco se sabe sobre as causas dos sintomas e muito menos sobre os efeitos dos medicamentos em outros receptores do organismo que não aqueles específicos para os quais se administrou, é um processo de tentativa e erro com o organismo humano.

O estágio atual de conhecimento da humanidade sobre as causas dos transtornos mentais é insuficiente para que a maioria de seus portadores possa ser conduzida a uma vida plena e feliz. O problema vai muito além do que estabelecer leis. É intolerável que progressos tão contundentes sejam efetivados por outras áreas da ciência e pesquisadores de assuntos como esse ainda se encontram tão distantes de um caminho seguro para a cura desses males. As infinitas hipóteses de causas dessas doenças que passam por causas genéticas, virais, hormonais e sociais as tornas incuráveis. A violência psiquiátrica que já passou por manicômios, eletrochoques e salas cirúrgicas onde partes do cérebro eram retiradas, agora se reflete na administração de medicamentos que causam inúmeros efeitos colaterais.

Na grande maioria das vezes o estudo bioquímico dos medicamentos psicoativos é substituído por testes estatísticos com grupos de controle, uma parte tomando a real medicação e a outra tomando comprimidos de farinha, com o intuito de se descobrir se a parte psicológica influencia no resultado ou se a medicação é realmente eficaz. Tudo isso apenas para se colocar inúmeras contraindicações em

uma bula cuja única função é proteger o fabricante e o médico de processos judiciais.

Talvez a crítica acima não seja justa, talvez a resposta do funcionamento do nosso próprio corpo tenha sido tão bem escondida pela natureza que nunca seja descoberta. Entretanto, no momento em que a humanidade investe quantias astronômicas de dinheiro em aceleradores de partículas para se desvendar ocorrências nos trilionésimos de segundos que antecederam o nascimento do Universo há bilhares de anos atrás, é difícil de acreditar no nível de ignorância atual sobre algo que está tão próximo, tão presente- nós mesmos.

7. Bibliografia

- ALVES, Domingos Sávio. Instituto Franco Basaglia. **Memória da Loucura**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>> Acesso em: 10/09/2014.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 8**. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Informativo eletrônico. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>> Acesso em: 10/09/2014.
- COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**- Editora Perspectiva. Londres- 1967- 4 Edicao.
- CORDIOLI, Aristides V. **TOC, Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.
- GOULART, Maria Stella Brandão. **História da psicologia no Brasil- As raízes italianas do Movimento Antimanicomial**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2007.
- JAMISON, K.R. **An unquiet mind**. New York: Knopf, 1996.
- MACEDO, Camila F. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>>
- MEDEIROS, S.R.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência e Saúde Coletiva** 2002, vol.7, n.3.

MEMÓRIAS de um Esquizofrênico. **Esquizofrenia: Deficiência ou não?** Disponível em: <<http://www.memoriasdeumesquizofrenico.blogspot.com.br>> Acesso em: 25/10/2014.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. **Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br>> Acesso em: 10/06/2013.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. **Decreto 24.559 de 03 de julho de 1934.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br>> Acesso em: 10/06/2013.

SATINOVER, Jeffrey. **O cérebro Quântico.** Nova Iorque: Editora Aleph, 2001.

STERIAN, Alexandra. **Esquizofrenia, clínica psicanalítica.** 3ª. Edição. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** 2ª. Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.