



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E OS DESAFIOS NAS NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADOS NA SAÚDE MENTAL

Eliane Maria Monteiro da Fonte
Universidade Federal de Pernambuco
elianefonte@yahoo.com.br

Introdução

O cenário político ocidental do segundo pós-guerra constitui o contexto histórico para o projeto de reforma psiquiátrica contemporâneo, quando começa a se consolidar uma forte tendência mundial de condenação ao modelo asilar dominante de atenção psiquiátrica, que já perdurava por cerca de dois séculos como uma das práticas institucionais mais solidamente implantadas em nossa sociedade. Nas décadas de 1960 e 1970, aprofundam-se na Europa as críticas à instituição psiquiátrica tradicional, não só porque denunciava o manicômio como forma de prisão, produtora de cronicidade (crítica já existente desde meados do século XIX), mas principalmente porque atingia o cerne da psiquiatria como prática social, ao revelar o seu caráter normalizador, disciplinar, de controle social (PASSOS, 2009: 20).

Com o processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, que vem ocorrendo há mais de cinco décadas, muitos países passaram efetivamente a modificar suas práticas assistenciais ao portador de sofrimento psíquico, preocupando-se com a criação de políticas de saúde mental voltadas para o desenvolvimento de novas formas de cuidado substitutivos ao modelo asilar. O Brasil, embora com certo atraso cronológico no processo, tem sido considerado pela Organização Mundial de Saúde, em pronunciamentos oficiais da Coordenadoria de Saúde Mental, como um protagonista no processo mundial de transformação da instituição psiquiátrica e das políticas de Saúde Mental, não apenas pela quantidade e ousadia de experiências locais e regionais que se multiplicam no país, que precisam enfrentar o desafio de conviver em um contexto geral muito conservador, mas também pelos avanços na discussão política e teórica sobre o campo da saúde mental (PASSOS, 2009: 30).

A década de 1990 inaugura a “institucionalização” da reforma psiquiátrica no Brasil, com macro mudanças legislativa, jurídicas e administrativas, que vão garantir a operacionalização de novas práticas terapêuticas. Neste período também começam a se



materializar os serviços extra-hospitalares, sejam intermediários ou substitutivos ao manicômio. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada ao final de 2001 em Brasília, consolida a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS, conferindo aos CAPS um valor estratégico para a mudança do modelo de assistência.

O objetivo desta comunicação é apresentar um panorama da trajetória recente do processo de institucionalização e consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, enfocando as práticas terapêuticas inovadoras de reabilitação psicossocial¹. Inicialmente será feito, de forma sucinta, um balanço da implantação dos principais programas e novos serviços e dos modelos assistenciais, identificando os entraves e as possibilidades de reais inovações no campo das políticas de saúde mental. A seguir, serão apresentados alguns dos resultados obtidos em estudos empíricos realizados em quatro cidades de três regiões metropolitanas brasileiras – Recife, Fortaleza, São Leopoldo e São Lourenço do Sul (as duas últimas localizadas na região metropolitana de Porto Alegre), tendo como foco uma caracterização dos usuários CAPS, como eles avaliam os novos serviços de base comunitária e os avanços e limites do tratamento e o suporte recebido².

1. A “institucionalização” da reforma psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica tem sido vista como um *movimento*, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma médico-psiquiátrico e pelas práticas que transformam e superam esse paradigma, embora com particularidades regionais significativas, no amplo espaço geográfico nacional. A reforma diz respeito a uma mudança nas políticas públicas de saúde mental, no sentido de priorizar o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação asilar. Isto implica na provisão de incentivos para o uso de recursos extra-hospitalares, prezando pela manutenção do portador de transtorno mental em seu meio familiar e comunitário. Entretanto, o que denominamos de reforma psiquiátrica é muito mais complexo do que a mera reorganização da assistência em saúde, como ressalta Amarante (1995), chamando a atenção para suas quatro dimensões inseparáveis. A dimensão legal, com a

¹ Para a OMS a “Reabilitação Psicossocial” se constitui de um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos debilitantes da cronificação das doenças através de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO, 1987).

² Os dados que serão utilizados aqui foram coletados nas pesquisas realizadas por pesquisadores do NUCEM/UFPE, “Saúde, Redes e Determinantes Sociais” (Edital CNPq/SCTIE/DECIT/MS 026/2006) e “As redes e análise dos determinantes sociais como dispositivos de gestão e controle social para o PSF e o CAPS” (Edital FACEPE 09/2006 PPSUS), concluídas em 2009.



revisão da legislação e das diversas portarias do Ministério da Saúde que dão suporte à reorganização da assistência pela regulamentação das internações psiquiátricas e dos novos dispositivos de cuidados, além das muitas leis estaduais e os mecanismos de fiscalização dos direitos dos portadores de transtorno mental. A dimensão político-assistencial, que envolve a redefinição da política de assistência através da reorganização dos serviços e dos sistemas de redes nacional, regionais e locais, com a progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico pelo territorial-comunitário. A dimensão da participação social, de que são exemplos as Conferências Nacionais de Saúde realizadas e as várias associações de usuários e familiares existentes. Finalmente, a dimensão sociocultural, mais sutil e problemática, dada a necessidade de transformação do lugar social da loucura e dos loucos em nossa sociedade, que se tem efetivado através de inúmeras iniciativas e manifestações culturais, como desfiles públicos, a realização de feiras e em eventos científicos e culturais diversos.

Em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas³ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a entrar em vigor no país, a partir da década de 1990, as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dias. Também foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas. Em 1991, o Ministério da Saúde editou a Portaria 189 e em 1992, a Portaria 224 (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, 1991; 1992), que tratam da normatização dos novos serviços de saúde mental, estabelecendo algumas definições administrativas e operacionais sobre eles.

No contexto da reforma psiquiátrica, duas leis consolidaram a direção da política de saúde mental no Brasil, no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: a

³ A declaração de Caracas, principal documento norteador das políticas adotadas pelo governo brasileiro nesta área, estabeleceu a diretriz dos cuidados na saúde mental, centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social. Os recursos, cuidados e tratamentos devem salvaguardar a dignidade pessoal, direitos civis e humanos, propiciando a permanência do doente em seu meio comunitário. O principal efeito nocivo do sistema asilar era diagnosticado como o isolamento, a desintegração social e a exclusão do portador de transtorno mental (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004: 119) .



Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa "Lei Paulo Delgado", sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória (aprovada no Congresso após 10 anos de tramitação); e a Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa *De Volta para Casa* (com a criação de um “auxílio-reabilitação”), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade.⁴ Outras Portarias importantes foram também a de nº 336, de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad⁵ e a Portaria nº 106, de 2000, que dispõe sobre as residências terapêuticas. Desde a aprovação da Lei 10.216, muitos serviços de saúde mental, baseados no pressuposto do modelo psicossocial de cuidado vêm sendo implantados, de forma heterogênea, em todo o país.

A partir de 2003, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação psiquiátrica vem avançando significativamente, graças à criação de alguns mecanismos para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), levando ao fechamento de vários hospitais psiquiátricos. A reflexão sobre a reforma psiquiátrica, que será feita a seguir, apresenta um balanço da implantação dos principais programas e novos serviços e dos modelos assistenciais, identificando os entraves e as possibilidades de reais inovações no campo da política de saúde mental.

1.1. A Atenção Psiquiátrica Hospitalar

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, é essencialmente um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos

⁴ O período 1990-2003 concentra a máxima intensidade política e normativa do que chamamos, no Brasil, de Reforma Psiquiátrica. Para uma visão do conjunto de normativo no período, ver publicado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), que se constitui em uma antologia de documentos legais, capaz de ajudar na compreensão do esforço de construção da agenda de saúde mental do SUS.

⁵ Os CAPS são definidos como “unidades saúde local-regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre regime ambulatorial e internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004b: 12). Os CAPS estão estabelecidos em três níveis: CAPS I e CAPS II (para atendimento diário de adultos) e CAPS III (para atendimento diário e noturno de adultos), definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPSi são destinados ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e os CAPSad são destinados à população com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.



hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, descredenciando os hospitais considerados de baixa qualidade. De fato trata-se da instauração do primeiro processo avaliativo sistemático dos hospitais psiquiátricos. O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), aprovado em 2004 pelo Ministério da Saúde, tem como principal estratégia a redução progressiva e planejada de leitos de hospitais de grande porte, evitando a falta de assistência. Para tanto, são definidos os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidos pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Além disso, deve-se garantir que os recursos que deixem de ser utilizados nos hospitais, com a progressiva redução dos leitos, sejam redirecionados para incremento das ações territoriais e comunitárias de saúde mental (BRASIL, 2005).

Na tabela 1 pode-se acompanhar a redução de leitos e a concomitante expansão dos CAPS, considerados serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O destaque dado aos CAPS na atual política de saúde mental pode ser avaliado pela evolução do número destes serviços.

Tabela 1

Evolução do sistema hospitalar (número de leitos em Hospitais Psiquiátricos SUS) e serviços substitutivos (CAPS) no Brasil, 1996-2010.

Ano	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CAPS	92	148	208	424	605	1.011	1.326	1.541
Leitos HP	72.514	70.323	60.868	51.393	45.814	39.567	36.795	35.426 ^(*)

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; 2007; 2008, 2010).

(*) Obs.: Dados de 2009.

Dados do Ministério da Saúde (2010) mostram também uma clara reversão dos recursos gastos com hospitais psiquiátricos para os serviços extra-hospitalares, ao longo deste período, quando o final do ano de 2006 marcou como dado histórico o fato de que os recursos destinados aos serviços extra-hospitalares de saúde mental superaram os gastos com hospitais psiquiátricos. Se, no final da década de 1990, os gastos hospitalares correspondiam a mais de 90% dos recursos do SUS para a saúde mental, no final de 2006, 55% destinavam-se aos gastos extra-hospitalares e 44%, aos gastos hospitalares, já caracterizando uma tendência para a perda da hegemonia institucional do hospital psiquiátrico. Em 2010 essa perda da hegemonia dos hospitais se reafirma, quando quase 68% dos recursos são destinados aos gastos extra-hospitalares.



Outro dado importante com relação à atenção hospitalar é a mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos, que desde 2002 vem ficando menores. Dados de 2009 mostram que 44% dos leitos psiquiátricos estão situados em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), enquanto em 2002, apenas 24% estavam nestes hospitais. Os leitos em hospitais de grande porte (acima de 400 leitos) reduziram-se, no período 2002-2009, de 30% para 18% (BRASIL, 2010: 19). A expansão de leitos psiquiátricos nos Hospitais Gerais é ainda um grande desafio para a rede de saúde mental. Enquanto o número total de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, em 2009, era de 35.426 leitos, a estimativa de leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais era de apenas 2.568 leitos, distribuídos em 415 Hospitais Gerais, localizados de forma muito desigual no território nacional.

1.2. Os Serviços Residenciais Terapêuticos

A implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos se constituem em componentes decisivos para a concretização da superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no meio urbano, que devem ser utilizadas para resolver o problema de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente as egressas de hospitais psiquiátricos, devendo auxiliar o morador em seu processo de construção progressiva da autonomia para as atividades da vida cotidiana, como também na ampliação da reinserção social. Para aquelas pessoas que passaram anos de suas vidas hospitalizadas o significado de habitar uma residência terapêutica não significaria apenas o uso da casa, mas “um processo de (re)apropriação da própria vida”, a passagem do lugar de “pacientes” para o de “residentes”. A volta ao mundo da vida remete a uma ideia de retomada de valores deixados para trás, num esforço de restituição de cidadania. A metáfora “retorno para casa” pode ser considerada “a primeira referência simbólica de um rito de passagem que sinaliza uma nova vida, uma nova identidade, uma nova referência” (ROEDER, 2010: 319).

Cada moradia deve acolher, no máximo, oito moradores, sendo, em geral, designado um ou mais cuidadores para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos de morar e circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. Até maio de 2010 existiam 564 residências em funcionamento, com um total de 3.062 moradores, e ainda 152 residências em implantação (BRASIL, 2010: 11). A cobertura deste serviço ainda é muito baixa em relação às necessidades existentes e a sua oferta no



território nacional também é muito desigual (não existem residências terapêuticas em nove dos estados brasileiros). Vários fatores dificultam a expansão desses serviços, dentre os quais se salienta a ausência de uma política clara de financiamento. Há demandas de residências terapêuticas para população com transtorno mental em situação de rua, não egressos de internações psiquiátricas, que nestes casos não se pode contar com os recursos de hospitais desativados para custear as residências.

1.3. O Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa, criado pela Lei Federal 10.708, votado e sancionado pelo Congresso Nacional em 2003, tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação no valor de R\$ 320,00⁶ pago aos seus beneficiários. Para receber este auxílio a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico e ter a indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. O pagamento é feito diretamente ao beneficiário, através de um cartão magnético, como o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos, podendo ser renovado anualmente. Os municípios que se habilitam ao programa devem assegurar uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva as demandas da saúde mental. Entretanto, o programa tem encontrado algumas dificuldades na sua implantação. A grande maioria dos beneficiários, sendo egressos de longas internações psiquiátricas, não possui a documentação pessoal mínima (certidão de nascimento ou carteira de identidade) para cadastramento no programa (BRASIL, 2005).

Dados do Ministério da Saúde de 2010 informam sobre a existência de 3.574 beneficiários do programa. Os estados do Sudeste, com um total de 2.347 pessoas cadastradas no programa, concentravam 65,7% do total de beneficiários, enquanto nos estados do Norte apenas quatro pessoas recebiam o auxílio (BRASIL, 2010: 12). A inclusão de beneficiários depende de vários fatores, entre os quais se destacam o ritmo efetivo da desinstitucionalização, da organização de Residências terapêuticas e da reinserção de pacientes em suas famílias, o que explica a disparidade no número de beneficiários por estado da federação.

1.4. A rede de cuidados na comunidade

⁶ Valor aprovado a partir de 2008.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Como já foi visto, a expansão da rede de CAPS denota um crescimento numérico extraordinário destas unidades de serviço. Entretanto, a distribuição espacial desses serviços no território nacional ainda é bastante desigual. Dados de 2010 apontam que, na provisão desses serviços, os estados da Região Nordeste encabeçavam a lista, com um total de 526 CAPS. A Região Sudeste, apresentava números aproximados, com 510 serviços, vindo a seguir a região Sul, com 295 CAPS, a região Centro-Oeste com 88 serviços, enquanto os estados da Região Norte apresentavam o menor número de CAPS (77). Apesar da progressiva melhora na cobertura assistencial, os números ainda estão aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (cujas referências são de um CAPS para cada 100.000 habitantes) e mostram os diferentes ritmos de expansão dos CAPS por região. Embora o perfil populacional seja um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, este é apenas um critério orientador para o planejamento das ações. De fato, é o gestor local, articulado com outras instâncias do SUS, que tem condições mais adequadas para definir os serviços que melhor atendem as demandas de saúde mental em seu município.

Embora os novos serviços de saúde mental, apontem para uma nova tendência no modelo assistencial, o fato de um serviço ser externo não garante sua natureza não-manicomial e sua qualidade. Como aponta Amarante,

A Reforma Psiquiátrica, em seus reflexos e ambiguidades, vem demonstrando certo coeficiente de “reinstucionalização” nas políticas de saúde mental, na configuração de certa CAPSização” do modelo assistencial, na forma de colocar os CAPS como “centro” do sistema, como forma primeira ou última, como certa ‘garantia’ de organização da assistência, mas que leva a um risco de minimizar e desvalorizar as ações múltiplas que devem extravasar o serviço, tido como ‘novas acomodações’ para técnicos e usuários (AMARANTE e TORRE: 2010: 122).

O processo de desinstitucionalização significa mais do que desconstruir a prática hospitalar, retirando os pacientes psiquiátricos dos manicômios. Significa também desconstruir os saberes e discursos próprios do meio hospitalar, de modo que eles não sejam transferidos para os serviços substitutivos, propiciando a autonomia dos portadores de transtorno mental, antes tratados como objeto de intervenção, para que ele venha a ser um sujeito dotado de autonomia para gerir sua vida. Faz-se necessário também a incorporação de uma prática humanizadora que tenha a comunidade como elemento de suporte para o doente, onde o saber médico deixa de ser a única fonte de



apoio e a cura não é mais o principal objetivo, mas a promoção da qualidade de vida do sujeito (Amarante, 2003).

2. As condições de vida e inserção social de usuários CAPS

Um campo de preocupações importante com relação à análise da reforma psiquiátrica no Brasil diz respeito à busca de conhecimento sobre os efeitos dos novos serviços e tratamentos na vida pessoal do portador de transtorno mental e sobre as estratégias utilizadas para promover a sustentabilidade da vida em comunidade e fora dos circuitos de institucionalização. As experiências de práticas terapêuticas desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno mental suscitam várias questões, as quais nortearam o estudo empírico. Quais as características dos usuários desses serviços? Qual o impacto dos novos serviços comunitários na qualidade de vida e inserção social dos portadores de transtorno mental? Que obstáculos e resistências persistem para a consolidação das novas práticas terapêuticas desenvolvidas na comunidade, tal como preconizada na proposta da reforma psiquiátrica?

A base de dados aqui utilizada se constitui de 280 questionários aplicados a usuários dos serviços dos CAPS, contendo informações-demográficas destes sujeitos, suas percepções sobre sua qualidade de vida, estigma, apoio e relações sociais. Para os propósitos do estudo foram selecionados como estudo de caso seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos quais os informantes foram recrutados⁷, localizados em quatro cidades de três regiões metropolitanas brasileiras – Recife, Fortaleza, São Leopoldo e São Lourenço do Sul (as duas últimas localizadas na região metropolitana de Porto Alegre). A tabela 2 apresenta as características dos usuários CAPS que compõem nossa amostra⁸.

Tabela 4. Caracterização dos usuários CAPS, por região metropolitana, em números percentuais.

Caracterização dos usuários CAPS entrevistados	Recife (n = 96)	Ceará (n = 95)	Porto Alegre (n = 89)	Total (n = 280)
Hipótese de Diagnóstico (CID10)				
• Esquizofrenia	61,5	55,8	33,7	50,7
• Transtorno Bipolar	12,5	17,9	18,0	19,6

⁷ Na seleção da amostra foram considerados, como universo, os usuários de cada um dos CAPS escolhidos, registrados na Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC), com idade mínima de 18 anos. Os informantes foram selecionados de forma intencional, tendo como critério a representatividade e proporcionalidade de usuários por sexo, idade e hipótese de diagnóstico.

⁸ Uma descrição mais detalhada sobre os resultados das pesquisas cujos dados discutimos aqui é apresentada em Fonte, 2010.



• Depressão	22,9	23,2	18,0	21,4
• Outros / Não informado	3,1	3,2	30,3	11,8
Sexo				
• Homens	52,1	38,9	49,4	46,8
• Mulheres	47,9	61,1	50,6	53,2
Faixa Etária				
• 18 a 29 anos	26,0	15,8	15,7	19,3
• 30 a 39 anos	29,2	27,4	27,0	27,9
• 40 a 49 anos	20,8	23,2	31,5	25,0
• 50 anos e mais	24,0	32,7	23,6	26,8

Os dados mostram uma maior incidência de usuários que se situam na categoria de solteiros (49%), vindo a seguir os que são casados ou vivem maritalmente (35%). Uma menor proporção destes informou ser separados ou divorciados (12,%) ou viúvos (4%). A grande maioria dos entrevistados residem com a família (85%) e poucos informaram residir sozinhos (10%) ou com (5%) amigos. A maioria se caracteriza por ter um baixo nível de escolaridade, pois 55% não chegaram a concluir o ensino fundamental. Dentre os entrevistados, 20% concluiu o ensino fundamental, 21% o ensino médio e apenas uma pequena parcela destes concluiu o ensino superior (3%). Os dados apresentam um padrão muito similar nas características familiares e educacionais dos usuários CAPS localizados nas três regiões metropolitanas.

Estes sujeitos, de um modo geral, podem ser identificados como pertencentes às camadas da população de baixa renda. No que se refere à ocupação, 30% dos entrevistados se definiram como desempregados e 33% como aposentados. Cabe mencionar que apenas uma pequena parcela destas pessoas foi aposentada por tempo de serviço. A maioria dos informantes alega invalidez ou incapacidade para o trabalho como causa da aposentadoria. Poucos apresentam algum tipo de ocupação remunerada: 8% são empregados assalariados e 13% trabalham por conta própria ou como autônomos. Salientam-se ainda os informantes que se designam como donas de casa, geralmente mulheres (11%) ou se colocaram na categoria de estudantes (3%). Como resultado deste quadro, cerca de um terço dos entrevistados não tem renda própria (32%) e apenas 16% recebem salário ou tem renda obtida através do seu próprio trabalho. Alguns poucos recebem pensão ou ajuda de familiares e amigos para se manter (7%). Os demais usufruem renda através de aposentadoria ou por outro benefício social, se incluindo entre estes os que se encontram afastados do trabalho por motivo de doença (46%). A dependência financeira dos benefícios sociais e aposentadorias, por parte dos entrevistados, demonstram a importância do Estado na manutenção dos portadores de



transtorno mental e suas famílias. Entretanto, considerando o valor dos benefícios recebidos do Estado por aposentadoria ou outros benefícios (licença médica, bolsa auxílio, etc.), que normalmente giram em torno de um salário mínimo (SM), a renda auferida pelos informantes é muito baixa (46% recebe até o máximo de um SM, 12% percebem mais de um SM e apenas 5% recebem mais de dois SM).

No que tange a situação de emprego e renda, também se percebe muita similaridade entre os usuários de serviços de saúde mental localizados regiões metropolitanas onde se realizou a pesquisa, não se percebendo diferenças substanciais no nível de renda auferido pelos informantes. Salienta-se apenas que o município de Fortaleza é o que apresenta o maior percentual de informantes se identificam como desempregados (41,1%) e que não tem renda própria (47,4%). Embora a proporção de usuários entrevistados que obtenham renda por salário ou trabalho autônomo seja similar às das demais localidades, é o local onde existe a menor proporção de usuários assistidas pelo estado, quer pelo número de aposentados (13,7%) ou pelo número de pessoas que recebem auxílio financeiro por benefícios sociais (24,2%). Em contrapartida, apenas 16,9% dos usuários de serviços de saúde mental localizados em Porto Alegre não tem renda própria, são os que apresentam os maiores percentuais de pessoa aposentadas (54%) e que obtêm renda através de aposentadoria ou benefícios (65,2%). A partir dos dados coletados pode-se pressupor que a situação observada no que se refere à ocupação, fonte e montante da renda mensal recebida pelos informantes estão associadas às dificuldades de inserção e permanência de pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico no mercado de trabalho. Chama atenção apenas os diferenciais na proporção de informantes que são beneficiados pelo Estado (com aposentadorias ou auxílios doença) nas diferentes localidades estudadas.

Não obstante os baixos níveis de renda observados, mais de metade dos informantes afirmam contribuir financeiramente para a manutenção da família. Quando solicitados a indicar até três tipos de ajuda que presta á família um importante contingente dos entrevistados informou que “ajudam a manter a casa com parte do seu benefício ou salário” (36%) e outra parte considerável destes repassa todo o dinheiro recebido pelo benefício ou salário para manutenção da casa (22,9%), o que demonstra a importância das aposentadorias e benefícios recebidos para a manutenção da família. Considerando-se a grande proporção de aposentados e desempregados entre os



informantes, a maior parte destes se ocupava apenas com tarefas domésticas (68,9%) ou com algumas atividades de ajuda no lar, tais como pagar contas, construção e pequenos consertos, pintura, etc. (38,5%). Outros ainda ajudam a família ao “cuidar de crianças e idosos” (18,9%), não tendo outras perspectivas além de cumprir suas responsabilidades em casa.

Com relação ao tratamento recebido no CAPS, a dependência dos entrevistados dos medicamentos pode ser percebida pelo fato de que mais de 90% destes informaram que utilizam medicação psiquiátrica, 75% destes estão tomando estas medicações há mais de um ano⁹. Se 70% dos entrevistados afirmam seguir todas as orientações médicas ao tomar a medicação, os demais se distribuem em situações em que seguem as orientações “frequentemente” (10%), “às vezes” (9%) e até casos em que informam muita irregularidade na utilização dos medicamentos ou nunca seguir as orientações (3%). Dentre os entrevistados, 78% relataram sentir melhoras com o uso do medicamento e apenas 21% dos informantes reclamam dos efeitos. Considerando os efeitos positivos relatados e o número reduzido de queixas apontadas com relação aos efeitos dos medicamentos, não é de estranhar que a maioria dos informantes (60%) afirma estar satisfeito em tomar medicação psiquiátrica. Apenas 18% dos entrevistados se sentem insatisfeitos com o uso dos psicofármacos prescritos.

Foi solicitado ao entrevistado que indicasse três objetivos que esperava obter como resultado de seu tratamento no CAPS. A limitação provocada pela doença é, provavelmente, a explicação para o fato de que o objetivo mais perseguido pelos entrevistados é a cura ou a melhoria da saúde: mais de 80% dos entrevistados citaram este como um dos objetivos que esperava obter como resultado do tratamento. O desejo de trabalhar, estudar e ou aprender novas habilidades aparece como o segundo objetivo mais almejado (40%). A obtenção de melhor qualidade de vida aparece a seguir, com um percentual de 33% de respostas. Outro objetivo assinalado foi “conviver melhor com as pessoas”, com 23% das respostas dos informantes. Aparece ainda como objetivo de uma pequena parcela de informantes “conseguir aposentadoria ou benefício” (8%).

⁹ A permanência da medicalização nos tratamentos terapêuticos pode ser corroborada pelo aumento vertiginoso nos gastos de recursos federais destinados ao pagamento de medicações antipsicóticas atípicas, que se amplia de 35.817 milhões, em 2002, para 263.440 milhões em 2009, valores excessivamente altos, se aproximando do custeio federal para toda a rede CAPS (BRASIL, 2010: 23).



Entretanto, quando se indagou aos informantes em que medida cada um dos objetivos foram atingidos, em 70% dos objetivos pretendidos muito pouco ou nada foi atingido.

Apesar disso, o grau de avaliação positiva com relação ao resultado do tratamento de saúde e com os serviços prestados pelo CAPS fica evidenciado pela grande proporção de usuários que se diz satisfeito (85%) e quando apenas alguns poucos (7%) considerem o resultado do trabalho do CAPS com relação à sua saúde mental insatisfatório. Entre as razões relatadas para a satisfação em relação aos serviços prestados pelos CAPS salientam-se o “bom atendimento” e “a atenção dos profissionais”, além da “ajuda na melhoria das condições de saúde” e “distribuição gratuita de medicamentos”. Estes dados denotam a visão positiva que os usuários têm dos serviços prestados pelo CAPS, especialmente no caso dos que já tiveram experiências anteriores de internamento em hospitais psiquiátricos.

Apesar dos índices de satisfação e da percepção, em geral positiva que aparecem nas respostas dadas, no que diz respeito ao relacionamento com os vizinhos e familiares e do apoio e suporte que recebe da família e dos amigos, pode-se perceber que os entrevistados ainda se ressentem do estigma de sua condição de “louco”. Quando indagados sobre como acham que o portador de transtorno mental é visto na comunidade, apenas 24% dos informantes assinalaram respostas como “bem, com confiança, tranquilidade”. A visão do louco como “pessoa perigosa”, que alimentou a prática do asilamento historicamente, ainda permanece na percepção que estes usuários têm de como são vistos na comunidade. Dentre os entrevistados, 36% acham que são vistos com desprezo, descrédito e preconceito e 14% deles acreditam que as pessoas “têm medo” do portador de transtorno. De um modo geral, as falas dos entrevistados corroboram a existência de uma visão preconceituosa por parte da comunidade em relação a eles. O estigma de louco é um elemento que também dificulta a inserção destes indivíduos no mercado de trabalho e suas respostas com relação a questão de “como acha que as pessoas se sentem trabalhando com um portador de transtorno mental” refletem a clareza que parte dos informantes tem disto. Os percentuais dos entrevistados que acham que as pessoas se sentem “receosas” (44%) é maior do que os que acreditam que as pessoas se sentem tranquilas convivendo no trabalho com portadores de transtorno mental (34%).



Fontes (2010: 376) salienta que o adoecimento mental provoca retraimento e enfraquecimento das redes sociais, seja por mecanismos próprios das pessoas, mas também resultantes de mecanismos de exclusão provocados pelo estigma, que provoca efeitos devastadores, afetando todos os aspectos da vida das pessoas, inclusive melhores resultados em seus tratamentos médicos. Em sua análise dos padrões de sociabilidade da mesma amostra de usuários aqui utilizada, afirma que é visível o empobrecimento dos laços sociais, onde o padrão dominante de sociabilidade é aquele que se estabelece entre pessoas com laços de parentesco. A característica destas redes resulta na ausência de vida social em espaços públicos, típicos de laços secundários. Fontes (2010: 384) assinala ainda um aspecto importante: durante o período de tratamento no CAPS o usuário tem uma vida social ativa, com atividades de lazer e de convivência com outras além da família. Ao fim do tratamento no CAPS as pessoas retornam às suas casas, não mais participam daquelas atividades, que propiciavam uma alternativa ao cotidiano doméstico.

Um balanço final: os avanços e entraves da reforma psiquiátrica

Em uma rápida avaliação do processo aqui historiado, pode-se perceber que a reforma psiquiátrica brasileira tem se apresentado, de forma geral, positiva e bem sucedida. Embora ainda esteja em processo de consolidação, os fatos e dados aqui apresentados demonstram que ela vem alcançando seus objetivos, especialmente no que tange à provisão de recursos extra-hospitalares e redução da internação asilar. Um dos êxitos das políticas de saúde mental atual foi ter conseguido o redirecionamento do financiamento público e um maior controle sobre o funcionamento dos hospitais. Entretanto, os dados aqui apresentados revelam também as desigualdades regionais na inserção da Reforma Psiquiátrica nos estados da federação, assim, há estados onde os novos serviços ainda são poucos, como também há estados onde a Reforma está bem sedimentada do ponto de vista institucional. De todo modo, podemos afirmar que a assistência psiquiátrica apresenta uma clara tendência de perda da hegemonia institucional do hospital psiquiátrico.

Os dados da pesquisa de campo apontam que a maioria dos informantes parece estar satisfeito com seu tratamento e durante as entrevistas este sempre se referiam de forma positiva ao CAPS. Relataram boas lembranças e satisfação com a equipe de saúde. Porém, pode-se constatar que apesar dos avanços com relação ao sistema



hegemônico anterior, o CAPS não forneceu a esses usuários um trabalho eficiente no sentido de sua ressocialização e inserção social, visto que estes estavam sempre limitados ao convívio familiar ou aos CAPS. Outra falha do serviço é a falta de assistência dada ao usuário e aos seus familiares depois de sua saída do atendimento no espaço físico do Centro, o que dificulta a consolidação dessa nova forma de tratamento.

Os dados parecem apontar que o maior desafio da reforma psiquiátrica consiste ainda na superação do estigma do “louco” como pessoa perigosa ou incapaz no imaginário social. A permanência do estigma em relação ao portador de transtorno mental colabora na perpetuação da exclusão social, na dificuldade de inserção no mercado de trabalho e na comunidade, na construção de relações afetivas e no isolamento, muitas vezes levado a efeito pela própria família, na intenção de proteger seus membros do risco do escárnio social. Se a reclusão no asilo era e ainda é, em muitos casos, uma forma de exclusão social, a pessoa em sofrimento psíquico, mesmo escapando do asilamento, pode se submeter a novas forma de exclusão social “aberta” ou outras formas de reclusão, notadamente a familiar.

Referências Bibliográficas

AMARANTE P (org.) 2003. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.

AMARANTE, P. e col. (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz.

AMARANTE, P. e TORRE (2010). “30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira”. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp. 113-136.

BRASIL. (2010.) Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 7*, Edição Especial Ano V, nº 7, Junho. Informativo eletrônico. Brasília. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental>> Acesso em 02/06/2011.

BRASIL (2004a). Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília.



BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf>> Acesso em 06/06/2008.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental. “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”. OPAS. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília.

BRASIL (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Rede CAPS fecha o ano com 1.326 serviços (Divulgação)*. Disponível em: <www.inverso.org.br/blob/194.pdf> Acesso em 17/05/2010.

DUNKER, C. I. L. e KYRILLOS NETO, F. (2004). “Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psíquicos”. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 24 (1): 116-125.

FONTE, E. (2010). “Níveis de satisfação em diferentes domínios da vida cotidiana de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um estudo empírico realizado em Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul”. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp. 319-353.

FONTES, B. (2010). “Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstróem sua vida”. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp. 355-388.

PASSOS, I. C. F. (2009). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ROEDER, M. A. (2010). “Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero”. In: MALUF, S. e TORNQUIST, C. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Letras Contemporâneas.

WHO (1987). *Care for the Mentally Ill*. WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Centre. Montreal, CA.