

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

KAROLYNE ARAÚJO GARCIA

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ABORDAGEM REFLEXIVA NO
CONTEXTO DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**

BRASÍLIA – DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

KAROLYNE ARAÚJO GARCIA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ABORDAGEM REFLEXIVA NO CONTEXTO DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof.

BRASÍLIA – DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

KAROLYNE ARAÚJO GARCIA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ABORDAGEM REFLEXIVA NO CONTEXTO DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Para minha família, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida.

A minha família pelo apoio incondicional e incentivo.

Ao coordenador do curso CESMAD II, Prof. Ileno, pelo empenho e dedicação investidos, e sabedoria e conhecimento disponibilizados. Sinto-me honrada pela oportunidade de ter o conhecido e sido sua aluna.

A todos os professores e aos responsáveis pelo curso CESMAD II, pela contribuição na minha formação e meu aperfeiçoamento enquanto profissional e aprimoramento cognitivo.

Aos colegas do curso CESMAD II, pelos momentos e trocas de experiências compartilhadas.

A todos aqueles que de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos nessa jornada do curso, que levarei por toda a vida.

*"[...] Suas ações devem ser tão boas para os
outros quanto para si própria".*

Palavras de Sabedoria Dalai-Lama

RESUMO

Este estudo teve por objetivo fazer uma reflexão sobre a mudança da concepção acerca da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e da desinstitucionalização, ressaltando seus alcances e impasses atuais, tendo como foco o hospital psiquiátrico Hospital São Vicente de Paulo, em Taguatinga/DF. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a partir de uma abordagem crítica e reflexiva sobre a realidade da Reforma. Concluiu-se que embora a necessidade de construção de serviços substitutivos para ampliação e concretização da rede de atenção psicossocial, o hospital psiquiátrico ainda é um importante aliado, sendo o eixo basilar da psiquiatria.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitucionalização. Hospital São Vicente de Paulo.

ABSTRACT

This study reflected on the changing conception of mental health in the context of the Brazilian Psychiatric Reform and deinstitutionalization, highlighting its current range and impasses, focusing on the mental hospital Hospital São Vicente de Paulo, in Taguatinga / DF. This is a literature search, from a critical and reflective approach to the reform process. It was concluded that although the need for construction of substitute services for the expansion and implementation of psychosocial care, the psychiatric hospital is still an important ally, and the fundamental axis of psychiatry.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform. Deinstitutionalization. Hospital São Vicente de Paulo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 METODOLOGIA	14
CAPÍTULO 1	
1. A EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA MENTAL	15
CAPÍTULO 2	
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
2.1 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	17
2.2 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SUA METÁFORA	19
2.3 A BUSCA DE NOVO MODELOS E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	21
CAPÍTULO 3	
3. O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E SUA HISTÓRIA	25
3.1 A EXPERIÊNCIA DO PRONTO SOCORRO DIA DO HSVP	26
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	34

1 INTRODUÇÃO

A evolução do conceito da loucura, desde concepções com enfoque religioso, às ideias relacionadas a um mau funcionamento orgânico e desequilíbrio dos humores, ao surgimento dos asilos, hospitais psiquiátricos e farmacologização marca o surgimento de leis e novas diretrizes no campo da saúde mental. No século XIX, a Psiquiatria já se preocupava em compreender a experiência da loucura e do sofrimento psíquico, no entanto, baseavam-se numa explicação totalizante e universal sem levar em consideração a subjetividade e experiências intrapsíquicas dos indivíduos.

Inicialmente a forma de tratamento utilizada com regras muito rígidas, isolamento social, alta medicalização e entendimento da loucura como lesão cerebral passa por mudanças dando espaço a importância e necessidade de reformas, com novas práticas, trazendo a proposta de trabalho em equipe multidisciplinar, participação dos familiares e reabilitação social, com a promoção da saúde mental. Houve uma mudança de olhar e entendimento da doença mental configurando a reforma psiquiátrica e o doente mental passou a ser visto como sujeito dotado de subjetividade e em sofrimento de ordem biopsicossocial.

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem como bandeira a substituição da estrutura manicomial por uma estrutura de tratamento aberto, ressocializante e integrada à comunidade.

Assim, tem sido criados uma variedade de serviços, tecendo uma rede de saúde mental, tais como: hospital dia, centros de convivência, núcleos de atenção psicossocial, centros de atenção psicossocial, enfermarias em hospitais gerais, ambulatórios multidisciplinares, atenção comunitária e outros. Todos tendo como princípio fundamental o respeito à liberdade e à individualidade do usuário, entendido nesse processo como um cidadão pleno de seus direitos.

Esse trabalho tem como tema: a reforma psiquiátrica brasileira e o processo de desinstitucionalização: abordagem reflexiva no contexto do Hospital São Vicente de Paulo.

A ruptura ou extinção dos hospitais psiquiátricos não se estabeleceu de forma concreta. Em meio a reforma psiquiátrica e a mudança de paradigma em saúde mental, ainda existem no Brasil serviços guiados pelo modelo asilar. O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) do Distrito Federal sobrevive nesse contexto há quase 40 anos. É um hospital especializado em Psiquiatria que promove serviços de emergência, internação, ambulatorial e de base territorial.

O Pronto Socorro Dia – PS Dia é uma unidade do Hospital São Vicente de Paulo programado para atender os pacientes vinculados ao serviço da emergência. Tem como modo

basilar o antigo Hospital Dia que funcionava no hospital. Os pacientes passam os períodos matutino e vespertino em atividades terapêuticas e outras atividades inerentes a uma equipe multiprofissional.

Este estudo teve origem nas inquietações suscitadas pelo cotidiano do trabalho nesse setor específico, o PS Dia, que utiliza em suas práticas instrumentos de intervenção coerentes com um modelo inovador no contexto da saúde mental, mas cuja finalidade da assistência prevalece os mesmos do modelo asilar – inicialmente a doença e a remissão dos sintomas. Pretende-se responder a indagação problemática: como concretizar o processo de desinstitucionalização no HSVP, em meio ao paradigma vigente da Reforma Psiquiátrica? A hipótese para tal problemática é que o fim do HSVP não é condição suficiente para extinguir o modelo manicomial, pois o hospital psiquiátrico continua sendo o eixo basilar da atenção psiquiátrica.

Este trabalho traz informações sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, bem como o processo de desinstitucionalização, em especial a experiência do HSVP. Dentre o principal objetivo dessa monografia, pretende-se apresentar a dinâmica de funcionamento do HSVP no novo paradigma vigente e conhecer os serviços prestados, de maneira que seja possível a construção de um diálogo com a literatura e analisar a realidade vivenciada nesta instituição.

A justificativa para a realização desta monografia é devido sua relevância, tendo em vista que se diferencia das demais, uma vez que ainda não foi objeto de análise de outros trabalhos. O acesso a essa pesquisa possibilitará aprimorar conhecimentos, pois é um estudo que tende a contribuir para todos os envolvidos no cuidado em saúde mental, bem como para os profissionais da rede e vinculadas ao Hospital São Vicente de Paulo, alertando para a necessidade da ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. É necessária a realização de um trabalho junto aos profissionais de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática.

Constrói-se, assim, reflexões sobre as práticas ocorridas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira que servirão de feedback para o Ministério da Saúde, para as Secretarias Estaduais de Saúde e para as Secretarias Municipais de Saúde do Brasil, os quais poderão se beneficiar visando o aperfeiçoamento da política pública em saúde mental.

O objetivo desse estudo visa refletir e compreender sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente no contexto do hospital psiquiátrico do Distrito Federal, ressaltando questões e impasses atuais. E tem como objetivos específicos:

- Descrever, brevemente, o histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o seu desenvolvimento;
- Apresentar a história do Hospital São Vicente de Paulo e a sua dinâmica de funcionamento no novo paradigma vigente;
- Conhecer os serviços prestados no HSVP, em especial do Pronto Socorro Dia, que funciona basicamente na modalidade de hospital dia; e
- Promover uma reflexão sobre os desafios do novo modelo da assistência em saúde mental.

1.1 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a partir de uma abordagem crítica e reflexiva de livros e artigos relacionados ao tema, além de documento de registro da história do Hospital São Vicente de Paulo. Lima e Miotto (2007) afirmam que a pesquisa bibliográfica é um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas. Assim, buscou-se compreender e refletir sobre a realidade do processo da Reforma Psiquiátrica a partir de uma revisão teórica.

Inicialmente foram abordados conceitos que contribuíram para o novo olhar da concepção em saúde mental. Em seguida foi construído um breve histórico do processo da reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, bem como da desinstitucionalização, instigando uma reflexão sobre os seus significados, quando colocados no contexto do hospital psiquiátrico do DF, o Hospital São Vicente de Paulo.

CAPÍTULO 1

1. A EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA MENTAL

Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe no século XVIII uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa.

É sabido que culturalmente a organização e práticas de intervenção dos serviços em saúde mental se baseiam num modelo de atenção que tem como fundamento teórico uma compreensão orgânica de saúde-doença focalizada na sintomatologia.

Em junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Inicialmente, a I CNSM trouxe enquanto uma das prioridades a “proposta de ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de vida” (Costa-Rosa et al., 2001).

A evolução histórica das concepções sobre saúde e doença deu origem a modelos específicos de atenção à saúde. Boruchovitch e Mednick (2002) apontam três visões principais de saúde a partir do século XX: o conceito médico, o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o conceito ecológico.

A saber, o conceito médico define a saúde como ausência de doença, que é vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos, valorizando o aspecto orgânico, em detrimento de outros aspectos envolvidos no processo de adoecer (Koller e Moraes, 2006)

Com uma visão mais ampla, a Organização Mundial de Saúde – OMS propôs definir a saúde como “um estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (Koller e Moraes, 2006, p. 73). Ao buscar atender a uma necessidade de ampliar a visão médica tradicional, concebe a saúde como um estado positivo de bem estar. Porém, essa definição apresenta alguns impasses, pois remete a uma ideia de um estado, de caráter estático, de completo bem estar, o que é praticamente inviável. Ao se atribuir à saúde um conceito mais holístico, dando ênfase na interação do ambiente e a qualidade de vida das pessoas, surge a visão ecológica. Nesta visão o conceito de saúde foi definido por Boruchovitch e Mednick (2002) como “a capacidade funcional adequada que permite à pessoa realizar suas obrigações e responsabilidades, ou em termos de certa qualidade de vida que o permite viver feliz, com sucesso, de forma frutífera e criativa” (p. 176). Vale destacar que na visão ecológica a saúde é considerada multidimensional, sendo que um conceito universal é inatingível.

São definições orientadoras da II Conferência Nacional de Saúde Mental que “o processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito” (Brasil/ MS, 1994:11).

Para Koller e Morais (2006), as concepções de saúde possuem lacunas devido ao caráter reducionista, impreciso e relativo de seus conceitos. Ao buscar uma visão mais abrangente das concepções de saúde, vários autores ressaltam aspectos fundamentais nas suas definições. Minayo (2008) afirma que saúde e doença são fortemente influenciadas pelo contexto cultural e pelos estados afetivos em que ocorrem. Nessa mesma perspectiva, Boddington e Räsänen (2009) consideram que a definição de saúde e doença varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente. Para outros autores, a visão de saúde e doença condiciona a forma como cada pessoa experimenta seus estados de saúde e de doença, os comportamentos adotados para evitar a doença ou restabelecer a saúde e, inclusive, as próprias práticas de atendimento à saúde (TONTAS, 2009).

Ao avançar nessa perspectiva, Koller e Morais (2004) resgatam a concepção de saúde/doença como um processo inerente à existência humana, fazendo parte de um mesmo continuum no decorrer do processo evolutivo. Características do contexto sociocultural na definição de práticas ditas saudáveis ou não, somados aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além da divisão clássica entre mente e corpo, devem ser considerados como influências para a construção do conceito de saúde.

É importante compreender o panorama da mudança na concepção de saúde/doença mental ao longo do tempo, pois ela possibilitará a urgente construção coletiva de práticas e saberes que considera a integralidade do sujeito, o trabalho em equipe e outras áreas de conhecimento necessárias para a prática atual do cuidado em saúde mental.

As transformações do modelo de assistência em saúde vêm se consolidando num processo histórico de evolução, como a Reforma Psiquiátrica, o que possibilitou o entendimento da saúde-doença como processo social, e a proposição de um modelo de atenção em saúde concretizado em práticas assistenciais de desintitucionalização. Assunto que será melhor abordado nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 2

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica aconteceu primeiramente nos países industrializados movida por estratégias e interesses distintos. Nos Estados Unidos E Inglaterra houve a desospitalização administrativa. Na França, houve o modelo de setorização com uma política sanitária. Na Itália a política foi de (des)construção do hospital psiquiátrico.

Para a psiquiatria democrática italiana, o processo de desinstitucionalização não podia ser reduzido ao simples fechamento dos velhos, sujos e violentos hospícios. Mais do que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar significava desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que se coisificam e se transformam em instituições sociais. (MELMAN, 2006)

Desconstruir o hospital psiquiátrico envolve repensar e transformar o paradigma vigente. Nota-se a definição de um novo objeto para a psiquiatria e a doença mental. O trabalho terapêutico passou a ser pautado no objetivo de resgatar os sujeitos em sofrimento psíquico enquanto atores sociais em suas múltiplas dimensões existenciais.

No Brasil a reforma psiquiátrica foi orientada pela experiência italiana e buscou promover e defender os direitos humanos dos pacientes usuários dos novos modelos de serviço em rede extra-hospitalar seguindo os princípios do SUS.

Segundo Maciel (2012), o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporâneo do surgimento do “movimento sanitário”, nos anos de 1970, quando surgiram movimentos de “efervescência conceitual-filosófica” que repercutiu diretamente no cuidado ao doente mental. O movimento surgiu em um contexto internacional de tentativa de superação de assistência centrada no modelo asilar e a prática médica, para humanizar a assistência e impulsionar a eclosão de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, enfatizando a reabilitação em detrimento da custódia e segregação. Várias denúncias sobre maus-tratos e desassistências foram revelados pela mídia, favorecendo a motivação da opinião pública e política acerca da atenção à saúde mental.

No ano de 1978 surge o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), matriz do movimento reformista, que passa a denunciar a violência dos manicômios, a falta de recursos das unidades e a precariedade das condições de trabalho, com objetivo de suscitar um pensamento crítico sobre o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico na assistência empregada às pessoas com adoecimento mental (AMARANTE, 2000). Com o MTSM tem início o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Em março de 1986 ocorreu em

Brasília (DF) a 8ª Conferência Nacional da Saúde favorecendo uma nova concepção de saúde, que profere a ideia de ‘a saúde como direito do cidadão e dever do Estado’. Destarte, essa nova concepção enseja a definição de alguns princípios básicos: universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, promoção de políticas de bem-estar social através do Estado e visão da saúde como qualidade de vida.

Nessa trajetória, houve a realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1987. É criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1989 tem início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica com a criação do projeto de lei Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e extinção dos manicômios.

Em meados da década de 1990 entram em vigor as primeiras leis no campo da Saúde Mental com o apoio do Ministério da Saúde, com a assinatura da Declaração de Caracas, um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas com a reestruturação da assistência psiquiátrica, dando ênfase ao atendimento extra-hospitalar e assegurando o respeito aos direitos humanos e civis do doente mental (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006). Além disso, houve a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental com as primeiras normas federais regulamentando a implementação de serviços de atenção diária, CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos com a fiscalização dos hospitais. Porém, os recursos no Ministério da Saúde ainda eram voltados aos hospitais psiquiátricos, em detrimento dos serviços de atenção diária.

Após 12 anos depois ter sido proposto seu projeto original por Paulo Delgado, é promulgada no Brasil a Lei Federal 10216, em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A pessoa com adoecimento mental passou a ter o direito de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com às suas necessidades, assim como de ser tratado com humanidade e respeito. O mesmo deve ter assegurado a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração e, obter esclarecimento por parte do médico, concernente a real necessidade ou não de sua hospitalização involuntária. Não institui mecanismos claros para a real extinção dos manicômios, mas o tratamento deve ser feito de preferência nos moldes do hospital-dia, tais como os CAPS (DELGADO, 2007).

Nesse contexto é realizada a III Conferência Nacional em Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica ganha maior visibilidade e sustentação. É notável a importância da realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III CNSM, em razão de assegurar a Reforma Psiquiátrica como política de governo com ampla participação dos movimentos sociais, de

usuários - incluindo os usuários de álcool e outras drogas, e seus familiares. Confere aos CAPS a elaboração de estratégias para transformar as formas vigentes de lidar com a experiência da loucura para produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais pautadas por um modelo de atenção humanizado e de qualidade. Para DELGADO (et al, 2007), está marcada a transição de um modelo hospitalocêntrico de assistência para um modelo de atenção comunitário, sendo necessário a construção de uma rede de atenção em saúde mental que substitua os hospitais psiquiátricos, que promova o cuidado integral do sujeito, sua inclusão social, emancipação e recuperação.

Nesse sentido surgiram outros equipamentos assistenciais que se direcionam para a desinstitucionalização e oferecem uma diversidade de recursos extra hospitalares visando a reabilitação psicossocial e que não afastem o paciente da sua família e do meio social em que vive. As modalidades de tratamento passaram a ser desenvolvidas em ambulatório de saúde mental, hospitais - dia, centros e núcleos de atenção psicossocial, dependendo de suas necessidades específicas.

Dessa forma, foram criados nas mais diversas regiões do Brasil os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inspirado pelo modelo pioneiro inaugurado em São Paulo na década de 90, para oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento, pela clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços são classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, e CAPSad.

Com a expansão da rede em saúde mental o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e desinstitucionalização ganha impulso.

2.2 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SUA METÁFORA

A desinstitucionalização na Europa e no Estados Unidos, do ponto de vista dos reformadores da saúde mental, foi impulsionada pelo propósito de aperfeiçoar a capacidade terapêutica da Psiquiatria isentando suas funções de controle social, coação e segregação. Para os grupos de técnicos e políticos radicais ela representava a possibilidade da abolição de instituições que exerciam controle social, se equiparando à perspectiva antipsiquiátrica. Para outro grupo da sociedade, os administradores, a desinstitucionalização era um programa de desospitalização, com racionalização financeira e administrativa, o que significar dizer

redução de leitos hospitalares. E assim ela foi realizada, como política de desospitalização com diminuição gradual dos leitos, com fechamento brusco de alguns hospitais psiquiátricos.

Em meados dos anos 60, a reforma na Europa buscou atingir a superação dos manicômios por intermédio da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, pautado na prevenção e reabilitação. Essa proposta acarretou no crescimento das estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais para o atendimento dos pacientes egressos dos manicômios. Contudo, observou-se que a internação psiquiátrica continua a existir na Europa e nos Estados Unidos; os serviços territoriais ou da comunidade coexistem com as internações psiquiátricas, não as substituem.

Na Itália o processo da reforma e da desinstitucionalização não foi entendido na perspectiva da desospitalização com medidas reducionistas. Houve uma mudança de paradigma, centrado na desconstrução, principalmente do interior dos manicômios, em que a relação de causa, a etiologia, a rigidez mecanicista constitutiva do processo da doença é dispensada para a reconstrução da complexidade e totalidade do objeto, com a terapia transformando o manejo clínico e valorizando o sofrimento do sujeito. A desinstitucionalização é compreendida como trabalho terapêutico direcionado à reconstituição das pessoas, com sofrimento psíquico, como sujeitos, e se caracterizou com o trabalho gradual dos técnicos da saúde mental, junto com os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, e a política, configurando os principais atores sociais do processo de mudança. Para tal mudança, a desconstrução do manicômio é imprescindível e requer transformações de reciclagem pessoal, política, cultural e de estrutura tais como: eliminar os meios de contenção; tratamento com portas abertas; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e capacidade de expressar sentimentos e se expressar verbalmente; produzir relações terapêuticas; restituir os direitos civis.

Faz-se necessário a construção de uma nova política de saúde mental e a construção de serviços substitutivos. A partir de 1970 iniciou o processo de fechamento do hospital psiquiátrico na cidade de Trieste, sob a direção de Franco Basaglia. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o serviço de psiquiatria inspirado por Basaglia como referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental.

Isto posto, em substituição dos hospitais psiquiátricos surgem os Centros de Saúde Mental, de livre acesso aos que dele necessitam, com uma equipe de profissionais composta por psiquiatra, enfermeiro e assistente social. Foi criado também o Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral para as emergências e situações de crises agudas. O Hospital Psiquiátrico

tornou-se um grande parque municipal com unidades de reabilitação e alojamentos. Ainda, um serviço para tratamento de Tóxico-Dependentes, bem como serviço psiquiátrico territorial no interior dos presídios. No campo da política foi aprovada pelo parlamento italiano a “Lei 180”, ou a “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, popularmente conhecida como “Lei Basaglia”, que acolhe o processo de desinstitucionalização e sanciona inovações. Fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes; Os serviços territoriais passam a existir e as enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais só podem conter no máximo 15 leitos; O paciente mantém todos os seus direitos preservados com previsão de tutela desses direitos.

Franco Basaglia esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências. Suas ideias se constituíram em algumas das principais influências para o movimento pela Reforma Psiquiátrica no país (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Em síntese, observa-se que o processo de desinstitucionalização culmina a possibilidade de relação terapêutica entre técnicos e pacientes no campo da saúde mental, a etiologia da doença é substituída pela busca da compreensão do sofrimento do sujeito e há transformação das relações de poder entre instituição e sujeito, pois o paciente se torna cidadão de plenos direitos. Nesse sentido, desinstitucionalizar requer a transformação da relação da sociedade com a loucura, de forma a combater o preconceito e a exclusão social.

Desinstitucionalizar significa romper com o atendimento à doença, abstraindo a pessoa que a possui. Significa abandonar o paradigma da razão, da produtividade, do ajustamento social e da norma. É o rompimento com o paradigma que entende a loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e com toda a prática que justifica, adota e advoga medidas de tutela e exclusão (BOARINI apud MACIEL, 2012; p. 75).

Compreende-se que a desinstitucionalização significa a desconstrução de um pensamento tido como normal: a prestação de atendimento ao doente mental de forma asilar, carcerária, que segrega e estabelece o isolamento social e afetivo.

Com a mudança de paradigma, a lei da atenção em saúde mental professa o fechamento de leitos psiquiátricos e o enfoque no tratamento extra-hospitalar, com a inclusão do sujeito com adoecimento mental na família, baseada no programa De Volta para Casa e Serviços Residenciais Terapêuticos.

2.3 A BUSCA DE NOVOS MODELOS E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O hospital psiquiátrico não é o único instrumento do modelo manicomial. A reforma psiquiátrica não se trata apenas pela luta por uma “sociedade sem manicômios” e o fechamento dos hospitais. Houve uma diminuição dos leitos psiquiátricos no Brasil nos

últimos anos, contudo sem que tenha ocorrido uma implantação suficiente de serviços substitutivos. Foucault (2010) profere que “o olhar que agora incide sobre a loucura (...) é dirigido a um objeto que ele atinge apenas através de uma verdade discursiva já revelada”. O autor, em sua obra *História da Loucura*, aponta o enquadramento do novo olhar que desde então será dirigido à loucura. A ruptura com o modelo manicomial exige uma crítica do poder que este olhar representa. É a distância do olhar, a forma de perceber a loucura, que configura o nova construção do saber psiquiátrico.

Conseqüentemente, o fim do hospital psiquiátrico não é condição suficiente para extinguir o modelo manicomial, mas condição necessária para uma abordagem do louco como cidadão. A psiquiatria e suas descobertas psicofarmacológicas são indispensáveis para o tratamento das psicopatologias, entretanto precisam de um novo cenário, que se instale em um novo lugar, que não os asilos. Maciel (2012) chama atenção referindo que como ponto de partida, a crítica deve ser quanto a forma de olhar e conceber o fenômeno da loucura, pondo entre parênteses a doença e passando a olhar para o homem.

Alguns autores afirmam que é arriscado afirmar que o ciclo dos asilos tenha chegado ao fim. Outros como COSTA-ROSA (2000) propõe a existência de dois modos básicos de prática em saúde mental no enredo atual: o modo asilar e o modo psicossocial.

No modo asilar, a instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico, mantendo destaque no suposto saber médico, nas determinações orgânicas da doença e na terapêutica medicamentosa. O trabalho é centrado na figura do médico e dos psicofármacos, mesmo com a existência de uma equipe multidisciplinar, profissionais considerados secundários, excluindo-se as famílias e os próprios pacientes de participação efetiva no tratamento.

Nessa abordagem, o hospital psiquiátrico ainda representa o eixo e a base da atenção psiquiátrica. Isso significa que, o hospital psiquiátrico continua sendo o local que possibilita tratar o paciente de modo mais seguro, pois seus sintomas podem configurar risco para si e/ou para outros, necessitando dessa maneira de internação intensiva e eficaz (BETTARELLO et al, 2008). Observa-se que mesmo com os crescentes movimentos antimanicomiais, o hospital psiquiátrico pode ser importante para a promoção da saúde mental como um dos níveis de assistência e abordagem terapêutica.

No modo psicossocial, ainda como referência o autor Costa-Rosa, há destaque para os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da loucura e atribui importância a subjetividade do sujeito e a sua participação ativa no tratamento. Buscou-se novos modelos ou dispositivos institucionais extra-hospitalares: CAPS, Núcleos de Saúde Mental, equipes multiprofissionais inseridas em centros de saúde e Hospitais Gerais. A

concepção de loucura/ doença mental passa a ser entendida como parte constitutiva do sujeito, reintegrada à existência. A reinserção social do indivíduo e a recuperação da cidadania é exaltada quando se fortalece os investimentos no trabalho com a família e com a comunidade. O trabalho promovido pela equipe interdisciplinar favorece o intercâmbio entre os profissionais e supera o grupo de especialistas e o saber-poder médico. O modo psicossocial se organiza com diferentes recursos terapêuticos como psicoterapias, oficinas terapêuticas, grupos de socialização, ainda com uso da medicação, embora não como eixo central do tratamento.

O modo psicossocial está pautado na reabilitação psicossocial. É fundamental que o sujeito acometido com adoecimento mental consiga resgatar sua autonomia e funções na comunidade. Neste sentido para a OMS a reabilitação psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. Outro aspecto, fala-se em humanização em saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização na área da saúde se remete a proposta ética, estética e política. Ética por implicar em mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser co-responsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo maior da reabilitação psicossocial é a reinclusão social e visa estimular as funções psíquicas e os papéis sociais preservados; implementar recursos terapêuticos para propiciar o resgate dos papéis sociais prejudicados pela doença mental; evitar recidivas sintomatológicas e atuar no ambiente físico e social fornecendo suporte.

Nesse contexto, a reinserção social é estimulada com a busca por novos modelos de assistência e o sucesso destas ações está diretamente vinculado à articulação da rede, com recursos sociais, culturais, afetivos, educacionais, esportivos e religiosos, além da participação de vários atores, como os pacientes e seus familiares, uma equipe multidisciplinar implicada no cuidado em saúde, o poder público e movimentos sociais. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2008, a rede de atenção psicossocial atingiu 1326 serviços no Brasil, com uma abrangência de 55% de cobertura da população em todo o país. Considerando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, atualmente existem 131

serviços especializados em atenção psicossocial cadastrados no estado do Distrito Federal, que compreende Hospital Dia, CAPS, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico HSVP, Clínicas e Residências Terapêuticas (BRASIL, 2014). Observa-se que o governo brasileiro busca fortalecer, consolidar e ampliar a rede de atenção psicossocial.

CAPÍTULO 3

3. O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E SUA HISTÓRIA

O hospital foi fundado em meados da década de 60, inaugurado como o primeiro hospital geral do Distrito Federal, com o nome de Hospital São Vicente de Paulo (homenagem das freiras ao santo fundador da congregação) em Taguatinga/DF. Atendia as especialidades de Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Odontologia e Cirurgia. Contava apenas com três médicos, cada um atendia diariamente 25 pacientes e faziam cerca de 20 partos.

Em maio de 1976, a unidade passou por reformas, surgindo o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), com inauguração do ambulatório em 1982. Em 1987, o hospital retoma seu antigo nome HSVP, sendo implantado o Programa de Residência Médica em Psiquiatria. Para contextualizar, nesse ano acontecia a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

No ano de 1993, um ano após a realização da II CNSM, surge o Hospital Dia, as oficinas terapêuticas e a Associação de Familiares. Com a mudança de governo em 1995, muda também o sistema de direção que passou a ser feita por um colegiado. O principal desafio foi dar início a implantação da Reforma Psiquiátrica que tem por objetivo substituir gradativamente os leitos psiquiátricos manicomiais por recursos alternativos, processo esse já considerado como desospitalização.

Em 2003 foram implantados outros serviços na intenção de melhorar o atendimento como: Acolhimento na Emergência, Agenda Aberta e o Programa Vida em Casa que atendia 30 pacientes e seus familiares em suas residências. Ainda, foi implantado o ATHUA – ambulatório especializado aos pacientes com transtorno de humor.

Dois anos mais tarde, em 2005, foi desativado o Hospital Dia, por determinação da Secretária de Estado de Saúde. Os pacientes então foram removidos para o Instituto de Saúde Mental ISM, o que contribuiu para o aumento do número de pacientes assistidos pelo PVC, crescendo de 30 para 300 usuários assistidos. Em 2008 foi criado o GAPI, grupo de atendimento pós internação, e a Equipe Matricial. No ano de 2009 foi reinaugurado o H. Dia, voltado para atendimento externo, de pacientes da comunidade. Contava com 85 leitos para internação psiquiátrica e trinta leitos para atendimento no Hospital Dia, que foi desativado em 2013, com a criação do Programa Pronto Socorro Dia, voltado para atendimento interno, dos pacientes advindos do setor da emergência. Em 2014, os dados encontrados no Relatório de Atividade Quadrimestral da Secretaria de Estado de Saúde mostram a quantidade de leitos

cadastradas nos serviços do HSVP e somam 41 leitos efetivos na emergência, 20 masculinos e 21 femininos; 42 leitos efetivos na internação, 21 masculinos e 21 femininos, totalizando 83 leitos efetivos.

Por ser o único hospital psiquiátrico, o HSVP continua concentrando grande parte da demanda em saúde mental do DF e Entorno. Desde então seguem articulações direcionadas para o trabalho em rede, envolvendo a saúde mental e a atenção básica, buscando unir forças voltadas para a adaptação, concretização e ampliação dos serviços substitutivos.

3.1 A EXPERIÊNCIA DO PRONTO SOCORRO DIA DO HSVP

Como exemplo de mecanismo orientado pela atenção psicossocial em saúde mental, o Pronto Socorro Dia foi instituído em 18/04/2013, junto ao Serviço de Emergência, e está localizado no interior do HSVP, porém tem sua própria estrutura física (ANEXO A – Figuras 1 a 8). Emprega-se o critério de regionalização, possuindo 30 vagas disponibilizadas aos pacientes internos da emergência que residem nas regionais de Taguatinga, Ceilândia, Samambaia e Recanto das Emas. Tem como missão prestar assistência humanizada visando promover a adesão ao tratamento e qualidade em saúde mental com a participação do paciente bem como de seus familiares.

Os pacientes, provenientes da emergência, apresentam diferentes diagnósticos psiquiátricos, em sua maioria transtorno mental grave, crônico e persistente, como é o caso da esquizofrenia e transtorno de humor, com comprometimento de suas habilidades. Eles dão entrada no PS Dia as 8:00h e permanecem até 18:00h, quando retornam para o setor de origem. Ao chegar, cada paciente é inserido na rotina matinal de higiene, autocuidado, checagem dos sinais vitais e medicação. Fazem as refeições de lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar neste setor e participam das atividades terapêuticas, que geralmente acontecem uma pela manhã e outra no período da tarde, e outras atividades inerentes às especificidades dos profissionais da equipe, além dos atendimentos individuais por psiquiatras e psicólogos. Durante a estadia no PS Dia recebem visitas da família, o que é visto como oportunidade para se realizar os atendimentos dos familiares.

As atividades propostas (ANEXO A – Figuras 9 a 14) são: Bom dia (reúne-se os pacientes para boas vindas e apresentação do serviço e regras do hospital); Atendimento individual; Atendimento em grupo; Atendimento à família; Auto cuidado; Palestras; Atividades artesanais; Atividades corporais; Reuniões de família; Atividades recreativas:

filme (com pipoca), bingo, gincana, comemoração dos aniversariantes do mês, e Serviços voluntários: yoga e argila.

A equipe é interdisciplinar e composta por Médicos, Enfermeiras, Técnicos em enfermagem, Psicólogas, Terapeuta ocupacional, e serviços de apoio: nutrição e serviço social. É realizada uma vez na semana a reunião de equipe. Na reunião de equipe acontece a organização do setor com a programação da grade de atividades da semana e distribuição da equipe em escala. Além disso, é também um espaço para a discussão e estudo de caso dos pacientes de forma a se construir um plano terapêutico individual dos mesmos. Ao cuidar do paciente, a equipe busca entender sua complexidade e subjetividade. Trabalha em sintonia e procura ter uma visão integral de cada caso.

Observa-se que a realidade do PS Dia é um exemplo de um serviço em saúde mental pautado na responsabilidade ética e no cuidado, por uma clínica em construção a qual todos estão envolvidos: equipe, pacientes e seus familiares, atuando com compromisso em prol da qualidade de vida do sujeito engajados no processo da luta antimanicomial. É um modelo que tenta seguir a proposta da atenção psicossocial empregadas nos CAPS e HDs, como elaboradas na Portaria N° 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992 (ANEXO B).

Desde que surgiram, esses dispositivos têm despertado polêmicas quanto a possibilidade de vir a substituir os hospitais psiquiátricos quanto à eficiência para reabilitar pacientes crônicos, suas indicações, contra-indicações etc. Alguns autores chamam a atenção para a dificuldade de conceituação e de classificação dos HDs. Schene et al. (apud LIMA e BOTEGA, 2001) classificaram-no em quatro modalidades: (1) como alternativa à hospitalização psiquiátrica integral; (2) como continuação imediata da internação hospitalar, permitindo uma transição gradual para a comunidade; (3) como complemento do tratamento ambulatorial; e (4) como programa de reabilitação para pacientes que requerem cuidados intensivos, os crônicos. Pode-se considerar que o PS Dia é um nível de atendimento situado entre a internação plena e o ambulatório.

O paciente frequenta no período diurno, beneficia-se de tratamentos biológicos/psiquiátricos, psicológicos e sociais empreendidos pela equipe terapêutica. A programação do PS Dia estabelece uma grade de tratamento semanal, incentivando autonomia do paciente para participação ativa no seu tratamento, reduzindo-se os riscos potenciais de hospitalização. BETTARELO et al. (2008) caracterizou os programas de HD em três categorias: a primeira é mais consoante com o modelo biomédico, deste modo um programa com cuidados clínicos, de enfermagem e terapias de grupo; a segunda contempla tanto o enfoque biomédico como o

psicossocial – categoria essa que enquadra-se o PS Dia - ; a terceira é voltada, principalmente, à reinserção social e à prevenção de recaídas.

As psicopatologias graves, considerando os diagnósticos mais comuns no PS Dia que são a esquizofrenia e os transtornos de humor, não podem ser entendidas e nem tratadas a partir de uma perspectiva exclusivamente biomédica. Algumas pesquisas confirmam que o tratamento psicossocial é tão importante quanto o medicamentoso. O tratamento farmacológico é essencial e a abordagem psicossocial ajuda o paciente a trabalhar a repercussão desses episódios em sua vida, assim como compreender o significado existencial de estar doente, além de concretizar sobre a necessidade de manter o tratamento farmacológico (BETTARELO et al., 2008).

Do ponto de vista das atividades realizadas, que na maioria são em grupo, são importantes para a reabilitação psicossocial dos sujeitos. Em relatos de alguns pacientes é possível compreender melhora nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas no grupo, na capacidade para lidar com situações inerentes ao transtorno sofrido, na confiança, na empatia e identificação com o outro a partir de trocas, na resignificação de experiências, do resgate biopsicossocial do sujeito, além do alívio emocional. Bechelli e Santos (apud BENEVIDES et al., 2010) complementam que as atividades terapêuticas com estratégia de promoção do sujeito, o paciente tem melhor compreensão da própria subjetividade e sua autoimagem pode ser remodelada. Destarte, ele pode obter uma melhor relação consigo mesmo e, conseqüentemente, com a sociedade.

Outro aspecto importante na realização das atividades, acredita-se na possibilidade ao paciente da vivência de experiências emocionais transformadoras a esses sujeitos vindos, muitas vezes, de longo período de internação psiquiátrica. Segundo WINNICOTT (1993), o psicótico não teve chances de ter experiências que puderam ser legitimadas como expressões da ordem do humano, do real. Quando há essa falta, quando não há esse ambiente capaz de nutrir essa sustentação para o indivíduo, ele cai num completo estado de abandono, uma experiência denominada pelo autor de agonia impensável. Dessa maneira, é notória a importância de oferecer ao paciente um ambiente no qual talvez pela primeira vez ele possa se sentir seguro e capaz de estabelecer um vínculo mais humano e relações.

Ainda que sejam inúmeras as vantagens para o investimento nas instituições vinculadas ao paradigma da reforma psiquiátrica, as dificuldades para a passagem do modelo asilar para o psicossocial, para efetivação da desintitucionalização, podem ser sustentadas em diversas questões. A primeira delas diz respeito à própria reforma da lei, como instrumento de

indução de mudança na assistência. VASCONCELOS (1992), alerta acerca das características da estrutura legal e jurídica brasileira. Para que ocorram mudanças na própria assistência, o processo de mudança legislativa precisa ser acompanhado por uma mobilização ampla da opinião pública, dos profissionais, estudantes, usuários e familiares. Essa mobilização ainda é muito frágil, o que da margem de risco de ter apenas um instrumento legal sem efetividade, como mudanças pontuais na organização de serviços com resultados reduzidos.

Outro autor, DESVIAT (2008), destaca como dificuldade para efetivação da desintitucionalização, a insuficiência de recursos econômicos disponibilizados para o desenvolvimento de programas comunitários, devido o desligamento dos pacientes psiquiátricos não ser acompanhado por uma equivalente transferência de verbas. Além disso, os programas de saúde mental comunitária foram projetadas para a prevenção e para a intervenção em crise, não favorecendo os usuários crônicos dos hospitais psiquiátricos. Para tanto, requer melhor preparo da equipe profissional para lidar com esses usuários, como investimento em cursos de aperfeiçoamento. Um aspecto de extrema relevância é que a comunidade e a própria família não estão preparadas para receber os pacientes desintitucionalizados. Há um despreparo nesse sentido e poucas tentativas são feitas para a modificação de crenças, preconceitos e comportamentos da sociedade.

AMARANTE (2000) trouxe uma importante reflexão sobre os problemas que surgiram durante a trajetória da reforma psiquiátrica. Ele destaca que os novos serviços substitutivos embora apontando para um novo modelo de assistência, é importante voltar o olhar para a qualidade desses serviços. Não se pode garantir que esses novos mecanismos não reproduzam as mesmas características da psiquiatria tradicional. Quanto a isso, todos os investimentos são indispensáveis, pois o risco dos CAPS, Hospitais Dias, principalmente do próprio PS Dia se tornarem uma instituição cronicada e cronicadora, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar, existe. É fundamental que todo cidadão esteja atento e vigilante para impedir retrocessos para o cuidado em saúde mental.

CONCLUSÃO

É necessário ressaltar que, apesar do longo caminho percorrido ao longo desses anos, a reforma foi abraçada por diversos segmentos sociais, possibilitando a ocorrência de avanços consideráveis no campo da saúde mental. Houve uma mudança na percepção da sociedade, a partir da conscientização em torno da compreensão da necessidade de um outro tipo de atenção, mais humana e terapêutica, pautada no cuidado e na ética. A reforma psiquiátrica almeja uma nova ética, que pressupõe o respeito às diferenças e a preservação da cidadania, com a participação ativa da comunidade, dos familiares, e dos profissionais no tratamento da doença mental. A mudança histórica na concepção de saúde/ doença mental permitiu avanço no tratamento, pois parte do pressuposto de que o indivíduo tem condições de conviver no seu meio social.

Conclui-se que muitos limites ainda devem ser superados no processo de desinstitucionalização. Como dito anteriormente, não é a estrutura física do hospital psiquiátrico, a instituição, que deve determinar o modelo de assistência empregada. O fim dos hospitais psiquiátricos e/ou a construção de serviços substitutivos pode resultar igualmente em uma experiência cronificadora, se não houver (des)construção quanto a forma de olhar e conceber o fenômeno da loucura, pondo entre parênteses a doença e passando a olhar para o homem, dotado de subjetividade. Embora a necessidade de construção de serviços substitutivos para ampliação e concretização da rede de atenção psicossocial, o hospital psiquiátrico ainda é um importante aliado, sendo o eixo basilar da psiquiatria no DF.

O processo histórico do HSVP se desenvolveu no contexto da Reforma Psiquiátrica e mesmo com as suas fragilidades, tenta se articular em direção ao modelo psicossocial. Ao estabelecer subprogramas dentro de um mesmo equipamento, como o PVC, o PS Dia, o GAPI, aumentam-se as estratégias de atuação e a ampliação da função exclusiva de contenção da crise e remissão dos sintomas. Esses serviços buscam a qualidade de vida dos pacientes, inseridos numa proposta de atenção integral do sujeito e reabilitação psicossocial.

Para haver mudança significativa, é essencial a participação e a mobilização de todos na construção de novos espaços, para o fortalecimento daqueles que já existem e um compromisso para comunicação da rede de atenção em saúde mental e sua ampliação e sustentação. Uma proposta para facilitar e acelerar esse processo é que ocorra a narração e registro das vivências e práticas dos profissionais de saúde mental, e dinâmica de funcionamento dos serviços constituindo, dessa forma, um instrumento de acesso por parte de

todos, inclusive no âmbito político, para aperfeiçoamento do trabalho que tem sido oferecido às pessoas com adoecimento mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 de Jan. de 2015.
- BETTARELLO, S. V. et al. Estratégias de abordagens Terapêuticas In: *Fundamentos e prática em hospital – dia e reabilitação psicossocial*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-127.
- BOARINI, M. O psicólogo e a desintitucionalização. In: BOARINI, M. (Ed.). *Desafios na atenção à saúde mental*. 2. Ed. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p.65-77
- BODDINGTON, P., e RÄISÄNEN, U. 2009. *Theoretical and practical issues in the definition of health: insights from aboriginal Australia*. Journal of Medicine and Philosophy, 34, 49-67.
- BORUCHOVITCH, E., e MEDNICK, B. R. 2002. *The meaning of health and illness: some considerations for health psychology*. Psico-USF, 7(2), 175-183.
- BRASIL. *Indicadores – serviços especializados*. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=115&VListar=1&VEstado=53&VMun=&VComp=00&VTerc=1&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>> Acessado em 23 de Jan. de 2015.
- BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Ed.) *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. P. 141-168.
- DELGADO, P. G. G., et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 9. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FRAGA, M. N. O., SOUZA, A. M. A., BRAGA, V. A. B. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>> Acessado em: 21 de janeiro de 2015.

KOLLER, S. H.; MORAIS, N. A. Uma abordagem ecológica de saúde para o desenvolvimento humano. In FREITAS, M. H; RIBEIRO, M. A. (Orgs.) *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde*. Brasília: Universa, 2006. P 69-85.

KOLLER, S. H.; MORAIS, N. A. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER, S. H. (Org.) *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. P 95-108.

LIMA, M. C. e BOTEGA, N. J. *Hospital-dia: para quem e para quê?* Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf>> Acessado em: 19 de janeiro de 2015.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. *Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica*. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe>> Acessado em 29 de Jan. de 2015.

MACIEL, S. V. *Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões*. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021>> Acessado em: 19 de janeiro de 2015.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

TONTAS, Y. *The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine*. Health Promotion International, 2009. 24(2), 185-192.

ANEXOS

ANEXO A – FIGURAS DA ESTRUTURA FÍSICA E ATIVIDADES DO PS DIA

ANEXO B - PORTARIA N° 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.

ANEXO A – FIGURAS DA ESTRUTURA FÍSICA E ATIVIDADES DO PS DIA**FIGURA 1 – SALA DE ESTAR****FIGURA 2 – ESTANTE DE LIVROS**

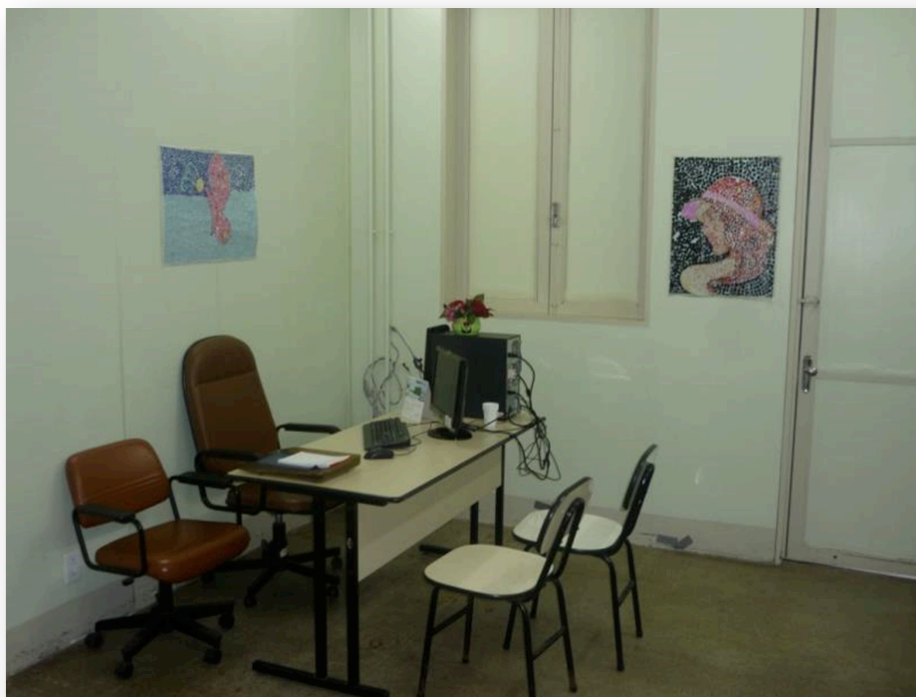
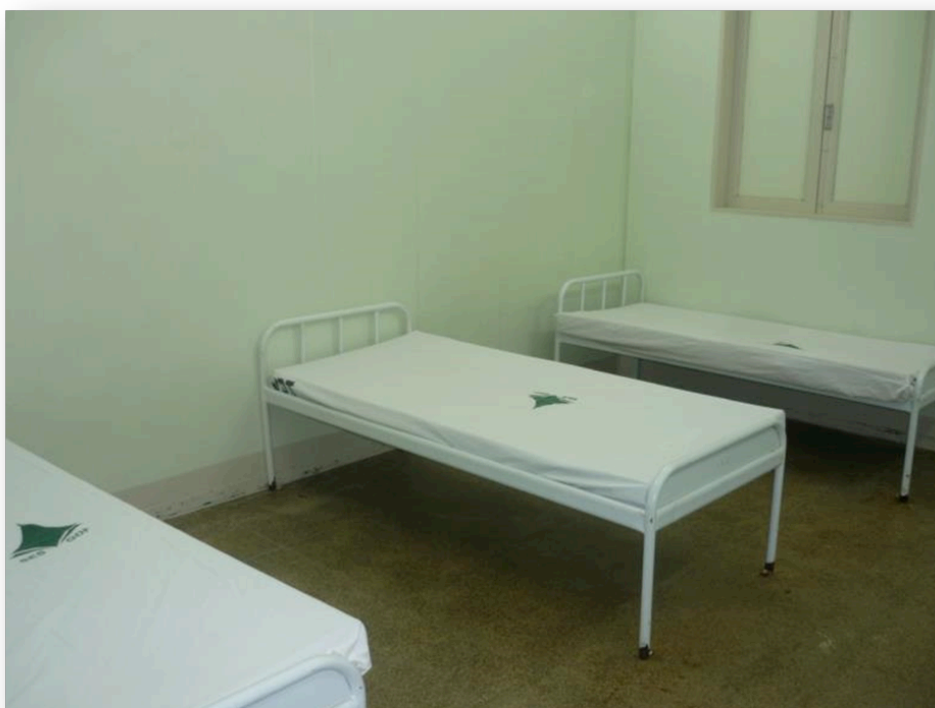
FIGURA 3 – CONSULTÓRIO MÉDICO**FIGURA 4 – REPOUSO FEMININO**

FIGURA 5 – SALA DE EQUIPE**FIGURA 6 – POSTO DE ENFERMAGEM**

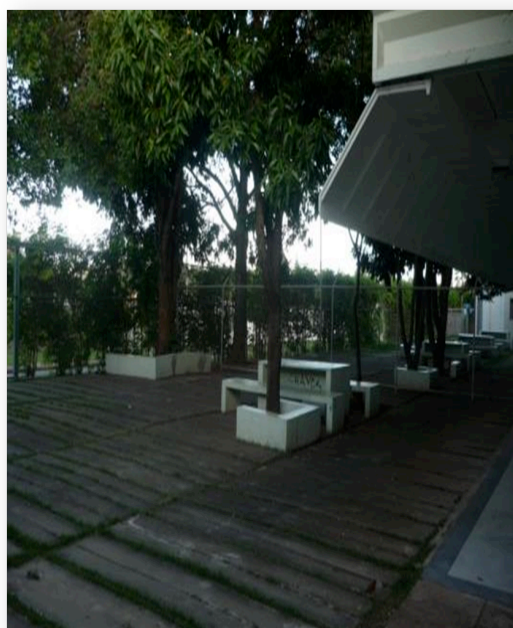
FIGURA 7 – SALA DE MATERIAL**FIGURA 8 – ÁREA VERDE**

FIGURA 9 – ATIVIDADE DE BINGO

FIGURA 10 – ATIVIDADE DA NUTRIÇÃO COM PALESTRA E PESAGEM



FIGURA 11 – ATIVIDADE DE FILME COM PIPOCA



FIGURA 12 – ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO COM MAQUIAGEM



FIGURA 13 – ATIVIDADE DE YOGA

FIGURA 14 – ATIVIDADE DE PINTURA EM TELA

ANEXO B

PORTARIA Nº 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

Resolve: 1 - DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2 - NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidade de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local.

2 - NÚCLEOS / CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS / CAPS):

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados

intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas, por dia, durante os sete dias da semana durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);

- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

- visitas domiciliares; - atendimento à família;

- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

- Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições.

2.5 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra; - 1 enfermeiro;

- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização aos trabalhos);

- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 - Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime até 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPILARES DO SUS)

1. Hospital - dia

1.1. - A instituição de hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. À proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2º feira à 6º feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. - O hospital dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial, Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital dia incluirá as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras;)

- visitas domiciliares;

- atendimento à família;

- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;

- Os pacientes em regime hospital dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes /dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos :
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 - Para fins de financiamento pelo SIH-SUS . Os procedimentos realizados no hospital /dia serão remunerados por AIH - para um máximo de 30 pacientes /dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos. Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital /dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral

2.1. - Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. - Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médica , psicológica e social; b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros; c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação); atendimento á família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros). Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo a sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais, hospital dia, hospital geral , e hospital especializado .

2.4 - Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno serviço até 10 leitos para internações breve):

- 1 médico psiquiatra ou 1médico clínico e 1psicólogo; - 1assistente social; - 1 enfermeiro; - profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 - Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

3.1. - O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospitais Geral ou especializado, que seja referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio terapicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio terapêutica);
- d) abordagem a família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com, sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial, visando prevenir a ocorrência de

outras internações. 3.4 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 - Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS): o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital Especializado em Psiquiatria

4.1 - Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. -

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 - Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde,

4.4. - O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermeira para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter salas de estar, jogos, etc., comum mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6. - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo: -

- 1 médico plantonista nas 24 horas;

- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro.

- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social; - 1 psicólogo; - 1 terapeuta ocupacional; - 2 auxiliares de enfermagem; E

ainda: - 1 clínico geral para cada 120 pacientes. - 1 nutricionista. Farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

4 . DISPOSIÇÕES GERAIS

1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos ,celas fortes; - deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;

- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;

- os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

2)- Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

RICARDO AKEL