

Beatriz Camilo Joaquim

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E SUAS APLICAÇÕES
NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2010

BEATRIZ CAMILO JOAQUIM

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E SUAS APLICAÇÕES NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Maria Cecília Corrêa de Faria.

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2010

Agradecimentos:

Agradeço, primeiramente, a Deus e também a minha família por ter investido (e continuar investindo!) em mim em todos os âmbitos, sempre respeitando minhas escolhas e apostando nelas, permitindo assim, com que eu me coloque na vida enquanto sujeito do meu próprio discurso - condição essencial para realização desde trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a. Dr^a Maria Cecília Corrêa de Faria, por ter acompanhado a construção deste trabalho, com muita paciência, carinho e bom humor. Agradeço a Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Montagna, parecerista deste trabalho, que tão prontamente me honrou ao aceitar meu convite, muito obrigada!

Agradeço a companhia, o apoio e as ajudas de tantas pessoas queridas, pelas conversas esclarecedoras que serviram de pilar para estruturar meu trabalho de conclusão de curso e que sempre contribuíram na contínua construção da minha identidade profissional.

Por fim, agradeço à Faculdade de Psicologia pela formação, proporcionando-me uma visão crítica sobre a sociedade e permitindo com que eu possa retornar a ela um trabalho profissional que vise sua transformação; pela ampliação da minha visão sobre o sujeito, essencial para nortear as minhas escolhas dentro da Psicologia e pela qualidade das aulas que fazem com que hoje, eu tenha clara qual a abordagem mais me encanta na psicologia e possa, assim, prosseguir nos meus estudos pela vida.

*'Subi correndo no primeiro bonde, sem esperar que parasse, sem saber para onde ia.
Meu caminho, pensei confuso, meu caminho não cabe nos trilhos de um bonde'.
(Caio Fernando Abreu)*

Código: 7.07.00.00 -1

Título: O Acompanhamento Terapêutico e suas Aplicações nas Políticas de Saúde Mental, 2010

Autora: Beatriz Camilo Joaquim

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Corrêa de Faria

RESUMO

O presente estudo pretende explanar sobre o acompanhamento terapêutico e suas aplicações nas políticas públicas de saúde mental. Objetiva-se tratar desse assunto visando descrever como ocorreu a evolução da atividade de acompanhamento terapêutico, desde os seus primórdios até os dias atuais, nas políticas públicas de saúde mental do Brasil. Abordar-se-á conceitos, definições e aplicações, bem como o levantamento da hipótese sobre um possível engessamento do acompanhamento terapêutico no sentido de trabalhar apenas nesta área. Foram contextualizados o que é Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), descrevendo suas funções e apontando, também, quais são os cuidados oferecidos para portadores de doença mental. Para o desenvolvimento deste trabalho utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica, numa abordagem qualitativa e foi procurada uma análise metódica destes serviços e das políticas públicas envolvidas.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Políticas Públicas; Saúde Mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
1. SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	09
1.1 Breve histórico.....	10
1.2 A psicologia no Brasil.....	14
1.2.1 Surgimento da psicanálise.....	16
1.3 Saúde mental e saúde pública.....	20
2. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	24
2.1 Teorias e Definições.....	24
2.2 Percursos do acompanhamento terapêutico no Brasil.....	28
2.3 Modalidades e funções do Acompanhante Terapêutico.....	31
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E DISPOSITIVOS PARA SAÚDE MENTAL.....	33
3.1 Evolução das políticas públicas relacionadas à saúde mental.....	33
3.2 Principais providências e dispositivos oferecidos aos doentes mentais.....	36
3.2.1 Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO.....	37
3.2.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.....	41
4. CUIDADOS COM OS PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS.....	43
4.1 A sociedade e os transtornos mentais.....	43
4.2 A árdua realidade.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade abordar o acompanhamento terapêutico e suas aplicações nas políticas públicas de saúde mental. O interesse em tratar desse assunto é discutir e entender melhor a importância do acompanhamento terapêutico tanto para as pessoas que têm sérios transtornos de personalidade quanto para suas famílias.

A autora da presente pesquisa iniciou em fevereiro de 2008 um estágio como acompanhante terapêutica no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) da Mooca, São Paulo, localizado dentro da subprefeitura do bairro. Observa-se que o CECCO é aberto ao público em geral, com o intuito de construir ali um espaço de inclusão social e de saúde. Por visar o desenvolvimento de um potencial afetivo, pode ser considerado um programa preventivo, no sentido de adiantar-se para anteceder o problema, não apenas solucioná-lo.

Constatou-se que o CECCO promove o encontro de inúmeras pessoas, ativando entre elas novos sentidos e lugares existenciais. Em outras palavras, realiza um encontro de subjetividades diferentes - um espaço de convivência - de acordo com uma perspectiva pró-ativa da 'equidade social', pois a loucura não deve ser isolada. As atividades são destinadas, basicamente, a atender usuários do CECCO portadores de distúrbios mentais e que mantenham certa constância na frequência.

Portanto, tal estágio apresentou-se como um grande motivador para a realização desta pesquisa, a qual foi organizada em quatro capítulos. Iniciou-se com uma

introdução, delimitando o tema e trazendo seus capítulos, bem como descrevendo a metodologia utilizada.

No primeiro capítulo abordar-se-á a saúde mental no Brasil e seu contexto histórico, analisará a psicologia no Brasil e o surgimento da psicanálise, bem como a saúde mental e pública no país.

Já o segundo capítulo vai explicar sobre o acompanhamento terapêutico, suas teorias e definições, sua evolução e as principais funções do acompanhante terapêutico.

O terceiro capítulo será dedicado às políticas públicas quanto a sua evolução, bem como os dispositivos para a saúde mental como o Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

O quarto capítulo, por fim, trará uma breve conclusão sobre o tema proposto. Apontará alguns modos de como se dá o diálogo entre sociedade e transtorno mental e como os indivíduos em sofrimento psíquico procuram lidar com essa realidade.

Para a realização desse trabalho foi feito um levantamento bibliográfico sobre o tema em questão, utilizando aí uma abordagem qualitativa. Portanto, desenvolvendo conceitos, idéias e entendimentos a partir de dados coletados de diversos meios, tanto bibliográficos quanto eletrônicos. Buscou-se um movimento pessoal de reparação, uma vez que muitas experiências frustrantes foram vivenciadas no decorrer do referido estágio.

1. SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ao analisar a saúde mental no Brasil, o autor Paulo Amarante dispõe que:

Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p. 15-16).

Segundo Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) a saúde mental enquanto saúde pública brasileira profissional e prestadora de assistência a população é recente em nossa história. Observa-se que primeiramente veio a Psiquiatria, surgindo no século XIX, tendo seu espaço fundamentalmente nos hospitais psiquiátricos, os quais a partir de 1852 começaram a surgir nas principais cidades brasileiras.

Verifica-se que por cerca de cem anos a internação hospitalar, auxiliada posteriormente pelo tratamento farmacológico, foi a base que sustentou o atendimento ao doente mental no Brasil. A Psiquiatria, por sua vez, desempenhava seu papel vigiando e custodiando os internos, apoiando a política de internamento e segregação, vigente no pensamento médico da época.

Essa realidade mudou devido a muitos avanços tanto no campo da medicina, quanto em várias outras ciências e categorias profissionais, as quais visaram estudar, pesquisar e entender o homem e sua relação com o normal e o patológico. Destarte, utilizou-se de técnicas e métodos de diagnóstico e tratamento das doenças mentais, dos distúrbios de comportamento e das diversas formas de anormalidade da vida psíquica.

Resultou com isso numa maior aceitação dos doentes mentais, deixando de vê-los como pessoas à margem da sociedade.

Paulo Rennes Marçal Ribeiro explana que:

Desta época para cá, a Medicina, de forma geral, e a Saúde Mental, em particular, têm assistido a um movimento de reflexão e crítica oriundos da sociedade, dos intelectuais, das associações profissionais, dos membros das equipes técnicas dos órgãos governamentais, das universidades, que influenciou sobremaneira as diretrizes que passaram a ser sugeridas ou adotadas nas ações de saúde pública e no atendimento em Saúde Mental. A Saúde Mental saiu mais arrojadamente dos consultórios e dos hospitais psiquiátricos, se identificou com outros modelos assistenciais além do clínico custodial, e se inseriu na Saúde Pública (...). (RIBEIRO, 2001, p. 13).

Portanto, a Saúde Mental no Brasil viveu grandes evoluções tanto no âmbito médico quanto social. Cabe a cada um dos brasileiros, porém, fazer a sua parte tanto passando por cima de seus conceitos e preconceitos, quanto reivindicando melhores políticas públicas, visando beneficiar cada vez mais pessoas portadoras de doenças mentais.

1.1 Breve histórico

Observa-se que o Brasil, sendo um país novo, tem pouco tempo de história da Saúde Mental se comparado a países da Europa e da Ásia, exceto pelas considerações

que se pode fazer sobre as práticas indígenas e como esse povo primitivo lidava com as doenças mentais.

Lycurgo Santos Filho (1980) dispõe que na tribo indígena era muito comum que as práticas mágicas, vinculação a espíritos malignos e rituais fizessem parte da ação 'terapêutica' do pajé, o médico-feiticeiro, muito respeitado e responsável também pelos cuidados dispensados aos portadores de doenças - aliás, muito poucas, porém, importante destacar a forma que o índio se comportava frente a elas e como seu emocional se alterava.

(...) tinha nojo e horror a doença. Apartava-se logo daquele que enfermava. Era fatalista, e quando adoecia aguardava na rede, no mais completo mutismo, a visita do pajé, que tanto poderia trazer saúde como a morte. Bastante sugestionável (...) entregava-se por vezes a melancolia, ao desânimo. Era acometido, então, de diarréia de origem simpática, emotiva, e morria por inanição. (SANTOS FILHO, 1980, p. 17).

Com o tempo, a colonização alterou de forma significativa a forma de vida das tribos indígenas. Porém, o que não apresentou grandes mudanças foi a maneira de tratar as doenças mentais. Paulo Rennes Marçal Ribeiro dispõe nesse sentido que: 'durante todo o período colonial não se verificou qualquer atenção específica às doenças mentais.' (RIBEIRO, 2001, p. 16).

Apesar de todos os avanços apresentados pela medicina da época, além das inovações nos tratamentos de alguns males, os doentes mentais continuavam sendo simplesmente negligenciados. Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) destaca que os enfermos eram acolhidos e atendidos nas Santas Casas das Irmandades de Misericórdia, instituições filantrópicas e religiosas. Para os doentes mentais, porém, as Santas Casas não abriam suas portas, pois embora existissem desde 1543, eram

instituições precárias que, muitas vezes, surgiram antes de conseguirem médicos que ali se instalassem, cumprindo mais uma função social do que de assistência médica. O autor dispõe que somente por volta do final do século XVIII e início do século XIX é que as Santas Casas passaram a oferecer locais específicos para o cuidado de pacientes com distúrbios psiquiátricos.

Ribeiro (2001) afirma que no período colonial, a loucura não estava incluída no catálogo das doenças, sendo-lhes dispensado o tratamento em função de suas posses e do grau de patologia. O autor reproduz um texto do psiquiatra Juliano Moreira para ilustrar tal afirmação:

Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa... Se agitado, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias, ou pelo campo, entregues às pilhérias da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. (MOREIRA *apud* RIBEIRO, 2001, p. 18).

Portanto, como se observa não havia até o século XIX, nenhum esboço de estruturação, organização, cuidado ou disposição para tratar dos doentes mentais como enfermos carentes de cuidados especiais.

Contudo, a partir do século XIX, a Psiquiatria começou a se desenvolver efetivamente no Brasil, com a criação de escolas médico-cirúrgicas, formando os *doutores em Medicina*, substituindo os físicos e os cirurgiões-barbeiros. O atendimento hospitalar evoluiu e hospitais de diferentes orientações foram criados, além das Santas Casas até então existentes.

Por volta de 1830 começaram a aparecer as reivindicações para a criação de hospícios, partindo principalmente dos médicos, sobretudo os higienistas ligados à Sociedade de Medicina Cirúrgica do Rio de Janeiro, por meio de artigos em que eram criticadas as condições de abandono dos “loucos”, propondo a criação de um asilo higiênico e tratamento moral. Essa proposta vincula-se ao projeto da referida sociedade para organizar, disciplinar e normalizar a cidade, em busca da salubridade geral do espaço urbano. (ANTUNES, 2005, p. 29)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003):

Nessa época, inspirados pelos ideais revolucionários franceses, Pinel e Esquirol propuseram novas formas de assistência à doença mental, que tinham, na existência da instituição manicomial, o próprio método de tratamento. Essas idéias contagiaram a recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que se mobilizou em torno do lema: "Aos loucos, o hospício!", pleito esse formulado, em 1839, pelo contundente relatório de José Clemente Pereira: "[...] Parece que entre nós a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz, pois é punida com a pena de prisão, que, pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte". (grifos do autor)

Sensibilizado por essas denúncias e impressionado com os gritos dos loucos vindos dos porões da Santa Casa, D. Pedro II assinou, em 1841, o decreto de criação do hospício que, por 40 anos, leva seu nome. Mitsuko Aparecida Makino Antunes (2005) ressalta que seu funcionamento guiava-se pelos primórdios de isolamento, vigilância e organização do tempo dos internos, com vista à repressão, controle e individualização.

Paulo Rennes Marçal Ribeiro acrescenta que:

Todas as instituições eram destinadas à internação de doentes mentais, porém o tratamento a eles dispensado visava muito mais afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento. (RIBEIRO, 2001, p. 20)

Ana Maria Galdini R. Oda e Paulo Dalgalarondo (2005, p. 986) destacam que ‘nesses hospícios não havia presença significativa de médicos, até o fim do Império’.

Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001, p. 21) ensina que:

Mesmo com a criação de estabelecimentos específicos para o tratamento do doente mental, prevalece, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, sujeira, fome, resultantes de má ou ausência de alimentação.

Portanto, somente no início do século XX, com algum custo, os médicos conseguiram deslocar as poderosas administrações leigas das Santas Casas, bem como as ordens religiosas que prestavam serviços nesses locais, tanto na antiga Corte, como nas províncias, instalando-se na direção dessas instituições asilares (ODA; DALGARRONDO, 2005).

1.2 A psicologia no Brasil

De acordo com Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) não é possível estudar a história da psicologia no Brasil sem mencionar a história da psiquiatria. Os primeiros trabalhos científicos de Psicologia foram desenvolvidos por psiquiatras e consistiam em teses defendidas nas faculdades de Medicina. Inicialmente, os psicólogos eram os mesmos médicos pioneiros da psiquiatria e da psicanálise. O autor destaca que o campo de atuação psicológica era constituído basicamente por laboratórios criados em instituições psiquiátricas.

Para compreender o cenário da psicologia atual, faz-se necessário voltar aos primórdios do mesmo, trazendo uma delimitação do período a ser estudado. Nos séculos XVIII e XIX, importantes obras foram publicadas, no sentido de serem

precursoras de um movimento que se firmou posteriormente enquanto ciência, ampliando horizontes do conhecimento humano e do funcionamento mental. Porém, somente no começo do século XX é que surgem os primeiros laboratórios de Psicologia experimental. (RIBEIRO, 2001).

Observa-se que do final do século XIX até a terceira década do século XX, a Psicologia conquistou sua autonomia em relação a outras áreas do conhecimento, como a Educação e a Medicina, tornando-se independente e integrada com a sociedade. Porém, nos anos 30, a Psicologia iniciou sua luta pela regulamentação da profissão, uma vez que os campos de atuação dos profissionais dessa área começaram a ser delimitados, futuramente correspondendo aos clássicos campos de atuação desta ciência: saúde, educação e trabalho.

Quanto ao reconhecimento da psicologia, bem como de suas psicotécnicas, Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001, p. 39) dispõe que:

Um grande pioneiro da Psicologia no Brasil, com especial destaque à psicotécnica, foi o Exército, que já na década de 40 utilizava conhecimentos de Psicologia na classificação e seleção de pessoal, que culminou com a criação, na década seguinte, do Curso de Classificação de Pessoal, no Rio de Janeiro, que habilitava oficiais do Exército a exercerem atividades que, anos mais tarde, comportariam muitas das atribuições do psicólogo em seu exercício profissional: a seleção e orientação profissional de pessoal do Exército (...).

O reconhecimento do pensamento psicológico veio sendo regulamentado como profissão pela Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, a qual dispôs também sobre os cursos de formação em Psicologia.

Nesse sentido, Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) ressalta que em 30 anos a psicologia se consolidou como ciência e profissão. Sua regulamentação contribuiu para

que esta passasse a ter a aceitação e o respeito da opinião pública enquanto função distinta de atuação médica, sacerdotal ou pedagógica, tornando a figura do psicólogo uma parte da cultura nacional.

Vale lembrar, entretanto, que os psicólogos no Brasil passaram por um período mais ou menos difícil, em que sua prática profissional foi contestada em certos setores médicos. Assim sendo, se hoje a psicologia é reconhecida e valorizada, na década de 70 interpelações jurídicas questionavam a atuação do psicólogo como psicoterapeutas e viam a psicologia como auxiliar e dependente da psiquiatria. Somente com a intervenção do Conselho Nacional de Saúde, através de seu Secretario de Assistência Médica, houve o esclarecimento sobre o real exercício profissional do psicólogo. (RIBEIRO, 2001).

1.2.1 Surgimento da psicanálise

Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001, p. 44) aponta que:

A Psicanálise começa a se impor como método de tratamento passível de ser utilizado junto aos doentes mentais a partir dos anos 30, opondo-se, conceitualmente à Psiquiatria organicista Kraepeliana que embasava e constituía a principal fonte de referência para a Liga Brasileira de Higiene Mental.

É conveniente lembrar que nessa época a psiquiatria e a introdução à psicanálise eram descritas como orientadas pela teoria do organismo, colocando-se lado a lado com a causalidade biológica. Os primeiros psiquiatras a se interessar pela teoria psicanalítica iniciaram de modo bem tímido a contestação da visão organicista do psiquismo humano; objetivava-se, antes de tudo concertar o corpo para dar conta de uma intimidade revoltada, indisciplinada, utilizando-se dos mais diversos meios de coerção. Aliás, cabe ressaltar que essa coerção era tanto no seu aspecto físico, tratando-se de espancamentos, prisão em correntes, má alimentação, entre outros, quanto no aspecto moral, com gritos, xingamentos, abusos de autoridade, confinamento, etc.

Para entender a inserção da Psicanálise na Psiquiatria, Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) volta aos anos 30 e descreve três momentos em que a nova linha penetra no campo de estudos e atendimento das doenças mentais. Segundo ele:

- A Psicanálise entra no Brasil através da Psiquiatria e da Medicina, sendo que numa primeira fase seus adeptos apenas lêem e estudam Freud, adaptando o que entendiam à sua prática clínica, porém sem a instrumentalização das técnicas terapêuticas. Este interesse pela Psicanálise existiu desde o início do século.
- Entre 1927 e 1937, a Psicanálise era considerada uma especialidade da Psiquiatria, um método terapêutico com técnicas que se podia utilizar no tratamento de doenças mentais.

- A partir do final da década de 30, a Psicanálise afasta-se da Psiquiatria, não com um rompimento dicotômico, mas porque ganha uma identidade própria.

A primeira grande data para a Psicanálise no Brasil foi em 1927, quando foi criada a primeira Sociedade Brasileira de Psicanálise, reconhecida inclusive, pela Associação Internacional de Psicanálise.

Com o término da segunda guerra mundial, a influência americana se intensificou no campo político e o Brasil, que havia combatido as forças nazi-fascistas junto dos aliados, não mais poderia manter-se num regime ditatorial. Daí a queda de Getúlio Vargas em 1945. (RIBEIRO, 2001).

Sobre esse período, Paulo Amarante (2007, p. 40) destaca que:

(...) a sociedade dirigiu seus olhares para os hospitais e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daqueles dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de “reforma psiquiátrica”.

Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2001) observa, ainda, que a intelectualidade brasileira, e aí se inclui os médicos psiquiatras, se amolda aos princípios democráticos. Para esses profissionais não tem mais sentido a ênfase dada à questão racial e à eugenia, embora a psiquiatria organicista kraepeliana, sem as matizes ideológicas do pós-guerra, tenha se sustado com uma abordagem viável, científica e séria no campo das doenças mentais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a):

A partir dos anos 70, iniciam-se experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado. Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Após as diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde contidas na Carta de Caracas, o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, definiu uma nova política de saúde mental a qual redirecionou paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, fundamentado em serviços de base comunitária. Em outras palavras, oferecendo cuidados para a comunidade, articulando-se com os recursos que a esta oferece. Incentivou-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados, designando regiões não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Proporcionou isso ao mesmo tempo em que se determinou a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2010a).

O Brasil atual vem vivenciando o que o Ministério da Saúde (2010) intitula 'Reforma Psiquiátrica', a qual garantiu aos portadores de distúrbios mentais uma ampla alteração do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

Tal reforma foi amparada pela lei nº 10.216/2001, a qual garantiu uma mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. O atendimento passou a ser feito em Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. Já as internações, quando necessárias, passaram a ser feitas em hospitais gerais ou nos Centros de Atenção Psicossocial 24 horas - trazendo como consequência a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos de grande porte.

1.3 Saúde mental e saúde pública

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) para a maioria das pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida, absolutamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Porém, à medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. Um fato lamentável é que, a maior parte do mundo, ainda não atribui à saúde mental e às perturbações mentais a mesma importância dada à saúde física. Pelo contrário, geralmente são ignorados ou negligenciados.

Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas, com perturbações mentais graves, a tarefa de resolverem, como puderem, os seus problemas de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, transformam-se em vítimas por causa da sua

doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação (OMS, 2002, p. 29).

Esse descuido, por parte da maioria dos países, demonstra-se nas estimativas: os problemas de saúde mental correspondem a 12% do peso mundial de doenças, porém, os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos casos, menos de 1% dos gastos totais com a saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002, p. 30): 'mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes'.

O governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, tendo como objetivos principais:

- Reduzir, de forma pactuada e programada, os leitos psiquiátricos de baixa qualidade;
- Qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG);
- Incluir as ações da saúde mental na atenção básica;
- Implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas;
- Implantar o programa "De Volta Para Casa";
- Manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica;
- Promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado;
- Garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário);
- Avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria. (BRASIL, 2010a)

Pode-se observar a importância dessa política através de dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2010), quando dispõe que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, além de que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual.

Ressalta-se que o orçamento anual do SUS destinado para a Saúde Mental é de 2,3%. Porcentagem maior do que muitos países citados pela Organização Mundial de Saúde, o que demonstra uma preocupação por parte do Governo brasileiro com os doentes mentais.

Dizer que o orçamento disponibilizado é suficiente seria demagogia. Contudo, a demonstração de interesse e atenção já é um começo. O Ministério da Saúde (2010) em seu portal explana os desafios a serem observados no decorrer dessa 'Reforma Psiquiátrica', sendo eles:

- Fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial;
- Consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania;
- Implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego;
- Aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Portanto, o que não se pode perder de vista é que:

(...) os Governos têm tanta responsabilidade pela saúde mental como pela saúde física dos seus cidadãos (...). É preciso acabar com a idéia de

enclausurar pessoas com perturbações mentais e comportamentais em instituições psiquiátricas. A grande maioria dos portadores de perturbações mentais não é violenta. Só uma pequena proporção destas afecções está associada ao aumento do risco de violência, podendo esta probabilidade ser diminuída por serviços abrangentes de saúde mental (OMS, 2002, p. 30-31).

Por fim, a Organização Mundial de Saúde (2002) ressalta que como gestores do sistema de saúde, os Governos precisam assumir a responsabilidade de assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental. A Organização recomenda estratégias para que os países empenhem-se, inclusive na integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, especialmente nos cuidados primários. Tais recomendações estão sendo aplicadas, com êxito, em vários países. Porém, em muitas partes do mundo, há ainda muito mais a fazer.

2. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

2.1 Teorias e definições

O acompanhamento terapêutico (AT) segundo o Prof. Dr. Gilberto Safra (2009) é uma forma, um modo de *cuidar da pessoa*. É uma estratégia clínica importante utilizada pelos profissionais da saúde mental como alternativa no tratamento tanto de psicóticos quanto de indivíduos em intensa crise psíquica.

Pode-se dizer que o AT seria uma forma de reinserir o paciente recluso na sociedade extra-clínica.

Cabe esclarecer que a função do AT é o resgate da subjetividade do sujeito, dando sentido para a ação. Portanto, é importante fazer um resgate da história de vida do paciente e, de certa forma, sentir 'empatia' com relação ao doente. Coloca-se de lado a pena da doença e passa-se, então, a enxergar o ser humano 'doente' que existe por trás.

O Prof. Dr. Gilberto Safra (2009) destaca que o AT não é somente uma função que a pessoa pode exercer; o acompanhante que está trabalhando com o paciente empresta, de fato, o *seu* modo de viver, a *sua* configuração de mundo para que o paciente possa lidar com as diferentes situações.

Portanto, toda relação implica em uma reciprocidade, uma vez que buscamos no outro aquilo que não encontramos em nós justamente pelo fato de sermos carentes e incompletos. E quanto mais claras e explícitas forem tais trocas, melhor.

Por outro lado, existe aquilo que chamamos de 'atuação'- *acting out* - que nada mais é do que agir impulsivamente, sem que se tenha pensado ou refletido previamente. A comunicação não-verbal engloba dramatizações, as quais possuem um conteúdo simbólico, e também manifestações através da conduta, que contêm elementos de comunicação pré-verbal. Entre elas pode-se citar o *acting out*:

O *acting out* é um fenômeno psicológico que surge na transferência, como defesa ou na emergência de sentimentos muito primitivos. São pacientes cuja capacidade simbólica encontra-se pouco desenvolvida, ou regredida a estados mentais nos quais a via motora torna-se o meio de expressão dos afetos e do pensamento. (LEVISKY, 1998, p. 205)

O AT é livre no sentido de propiciar situações onde sua fala qualifique uma ação, promovendo um cuidado a fim de esclarecer seus limites, assumindo assim uma postura de certa forma impotente, já que ela (sua fala) nada pode fazer diretamente para qualquer tipo de mudança na vida daquele sujeito. Para isto, é necessário criar um grau de proximidade e assim buscar entender os motivos dessa aparente "não-ação". Winnicott afirma, nesse sentido, que 'se a pessoa só tem tempo de reagir, ela não tem tempo de ser'.

Portanto, o usuário 'usaria' o AT como porta de entrada para cumprir um objetivo - as relações humanas são construídas por 'uso'. O acompanhamento seria um 'acolhimento' na perspectiva do desenvolvimento de uma auto-sustentabilidade dos usuários. Podemos considerar que o AT é de certa forma, um usuário do CECCO. Porém, um tipo diferenciado de usuário – qualificado – o qual estaria preocupado em desempenhar uma determinada função, ou seja, ele deve ser o canal para a formatação de uma subjetividade. O que ocorre é uma dinâmica a dois: o AT não é a organização em si, mas sim uma via para ela. O paciente/ usuário deve olhar para o analista/AT tal

qual um espelho e assim compartilhar experiências. Tal analogia nos permite concluir que o analista só deve 'refletir' aquilo que o paciente mostra.

Em termos físicos, o corte do cordão umbilical é o início da individualidade – para a Psicologia, tal individualidade vai sendo construída (discriminada) ao longo de toda vida.

A vida nada mais é do que um constante gerenciamento de oscilações e frustrações freqüentemente impostas a todos nós. O psicótico não mente, apenas tem a sua verdade e deve ser respeitado – não podemos acreditar nas palavras, mas sim nas atitudes do outro.

O fato de se ter/ser ou não um AT, por exemplo, é uma grande e importante parte do acompanhamento: eu escolho e sou escolhida. Os 'espaços flutuantes' não só entre os discursos, mas também entre as sessões propriamente ditas, existem e são por vezes difíceis de lidar, mas é um exercício constante aprender a *(con)viver* com este vácuo. Devemos estar preparados para a escolha do paciente, o que, conseqüentemente, nos faz lidar com o abandono.

Observa-se que tudo no humano é 'construção', é inter-relação. Sendo assim, o AT teria uma situação de trabalho estabelecida com a doença e toda subjetividade ali implicada. O ato de se tomar sozinho um remédio prescrito pelo médico, por exemplo, significa não só alcançar certo grau de autonomia, mas sim, uma aceitação por parte daquele sujeito da sua doença, do 'estar doente' e suas conseqüências.

O AT seria uma escuta qualificada. O que é ouvido, por sua vez, deve se transformar em metalinguagem, isto é, devolver para o paciente, refletindo-o ao mesmo tempo em que o AT exerce uma discriminação, pontuando o diálogo - o que já é uma intervenção. Nomear é parte da cura.

FERENCZI (s/d) analisava que o funcionamento mental dos analistas não poderia ser controlado da forma como Freud propunha. Ou seja, em sua concepção o trabalho psíquico do psicanalista seria bastante complexo e envolveria diferentes atividades, tratando-se de:

(...) deixarmos agir sobre nós as associações livres dos pacientes e ao mesmo tempo deixarmos a nossa fantasia jogar com este material associativo; no meio tempo, comparamos as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem deixar, nem por um instante, de levar em conta e criticar nossas tendências próprias. (FERENCZI, s/d, p. 308).

Paralelamente ao CECCO (local onde se deu minha experiência enquanto AT) e partindo de tais princípios, o AT deve construir certa proximidade com seu paciente. Neste caso, os atravessamentos da instituição, tais como a exigência na participação das oficinas, 'curiosidade' em relação ao desenrolar do caso, entre outros, só atrapalharam no estabelecimento de uma subjetividade, do vínculo AT/paciente.

Ainda fazendo referência a Winnicott, afirma-se que todo ser humano tende à integração, ou seja, à saúde. A psicose seria a desintegração do sujeito depois deste já ter estado integrado. A Psicanálise procura, em última instância, restaurar o prazer do indivíduo.

Após esta experiência tanto no CECCO, mas principalmente durante as supervisões, concluo que o AT surge num cenário que visa à cura a partir do resgate da subjetividade daquele indivíduo. Ele viria para somar, acrescentar na vida de seu paciente, optando por um atendimento mais individualizado, através da construção *um-para-um*.

A presença do AT procura modificar a condição do usuário do CECCO. A transferência é única, estabelecida na personalidade: por meio do encontro singular entre paciente e AT, relações podem ser experimentadas, desdobradas, descobertas e incluídas pelo paciente, expandindo seu universo existencial inicialmente restrito.

Por fim, FERENCZI (s/d) revela a questão da valorização das emoções e fantasias que surgiriam no contato com a fala do paciente, demonstrando como utilizá-las com fins terapêuticos, ao propor a utilização do que ele chama de *tato*.

2.2 Percursos do acompanhamento terapêutico

Segundo PITIÁ (2005, p. 60): 'o trabalho de Acompanhamento Terapêutico, como uma função específica, surgiu na Argentina, na década de 1970'.

A autora (2005) ainda afirma que nessa experiência, o acompanhante terapêutico integrava uma equipe de abordagem múltipla. A idéia era abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, em que o AT participasse ativamente de diversos grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-se com diretores de escola quando fosse oportuno. O trabalho prático do AT era assistencial, advindo da necessidade clínica dos pacientes, para os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam.

O AT, de acordo com SANTOS; MOTTA e DUTRA (2005) inicialmente chamado de *Amigo Qualificado*, era um dos protagonistas de uma equipe especializada que integrava o CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria), dirigida pelo Dr. Eduardo Kalina.

As autoras (2005, p. 499) ainda destacam que:

Em 1971, duas psicólogas da equipe do CETAMP publicam o livro *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, numa primeira tentativa de elaboração teórica sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico. O livro, publicado no Brasil em 1985, parece ter preenchido um vácuo teórico sobre essa prática e, dando certa visibilidade ao trabalho do AT, passa a ser referência obrigatória para aqueles que trabalhavam na função de acompanhar o psicótico das mais variadas maneiras. Assim, uma nomeação e uma caracterização mais estrita do papel do AT surgem como resultado do trabalho desenvolvido e formalizado no CETAMP. Desde então o AT se firmou como uma modalidade no tratamento da saúde mental, também no Brasil. (grifos das autoras).

Após esse período, a Clínica Pinel de Porto Alegre, antiga comunidade terapêutica inspirada no modelo de comunidades terapêuticas americanas, foi a primeira a utilizar essa 'nova' figura - na época sob o nome de *Atendente Psiquiátrico* - cuja função era auxiliar os pacientes psicóticos internos. O Atendente Psiquiátrico entrava em ação sempre que o caráter terapêutico da comunidade falhasse, ajudando o sujeito a participar do grupo.

Podemos pensar que esta era uma forma de reinserção, mas cuja ênfase clínica era a comunidade em si, a qual era pensada como fonte de relações saudáveis. Não se sabe ao certo se a criação da figura do Atendente Psiquiátrico na Clínica Pinel se deu por influência das comunidades terapêuticas de Buenos Aires ou se esta clínica foi pioneira neste aspecto, pois há uma contemporaneidade em relação à introdução deste agente na Argentina e no Brasil, particularmente no Rio Grande do Sul. O trabalho da

Clínica Pinel foi pioneiro no Brasil e muito influenciou a criação, em 1969 no Rio de Janeiro, da Clínica Villa Pinheiros. (SANTOS; MOTTA; DUTRA, 2005).

Destaca-se que a experiência Villa Pinheiros representou um marco na prática do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, na medida em que o Auxiliar Psiquiátrico da Villa deixou de trabalhar exclusivamente no interior da instituição e conseguiu levar o acompanhamento para fora da instituição. Porém, o auxiliar precisava deixar de lado a denominação 'amigo qualificado', proposta pelo grupo do CETAMP, que lhe apontava para um trabalho amistoso e assistencial, fazendo-lhe permanecer numa posição de subordinação, fugindo àquilo que realmente representava o trabalho, principalmente por não delimitar a relação assimétrica que havia entre o terapeuta e o paciente. Portanto o título Amigo Qualificado foi abandonado, desta vez dando lugar à denominação AT. (SANTOS; MOTTA; DUTRA, 2005).

É importante dispor que juntamente com todas essas mudanças de denominações foi delimitado o perfil do AT. No início não era exigido do Auxiliar Psiquiátrico nenhum tipo de conhecimento específico, porém, atualmente todos os profissionais que realizam o AT são do campo da psiquiatria ou da psicologia, raramente, da terapia ocupacional.

Atualmente, o AT constituiu-se como um dispositivo reformista, que busca fazer crítica e intervir no modelo de atendimento da psiquiatria clássica, propondo um modelo baseado no vínculo interpessoal e não mais exclusivamente na contenção medicamentosa e na exclusão desse sujeito da sociedade. O crescimento de sua demanda advém da Luta Antimanicomial.

Por fim o Prof. Dr. Gilberto Safra (2009) dispõe que embora o AT tenha estado durante um bom período da história como modo de fazer clínica acessória, ao

adentrarmos suas características, verifica-se que ele é a modalidade da qual se pode fazer um tipo de clínica mais ampla, mais condizente com as necessidades dos pacientes na atualidade.

“O acompanhamento terapêutico é mais próspero se pensado como clínica das necessidades humanas fundamentais” (SAFRA, 2009).

2.3 Modalidades e funções do Acompanhante Terapêutico

Conforme foi observado na evolução do acompanhamento terapêutico, o mesmo foi se distanciando do trabalho meramente ortopédico do Auxiliar Psiquiátrico e foi ampliando sua atuação, além de conquistando autonomia e respeito por parte dos outros profissionais da equipe. Porém, destacar suas funcionalidades não é tarefa muito fácil, à medida que sua tarefa, na maioria dos casos, é objetivamente definida pelo profissional que reivindica seu trabalho.

As autoras SANTOS, MOTTA e DUTRA (2005) destacam que a principal função do AT pode ser definida como a de *facilitador da inserção social*, uma vez que é prioritariamente indicado para pacientes com grave desorganização psíquica ou com dificuldades de integração social. Nesse sentido, o trabalho do AT é indicado para pacientes psicóticos, neuróticos graves, drogaditos, alcoólatras e portadores de síndrome de Down.

O trabalho do AT pode ser aplicado a uma multiplicidade de casos, além de estar intimamente ligado, desde sua origem, a uma posição de 'não confinamento', buscando formas alternativas para auxiliar os sujeitos que, por motivos diversos, estejam marcados pela clausura.

Lúcia G. dos Santos, Juliana M. Motta e Maria C. B. Dutra destacam que as funções do AT são:

- 1ª Conter o paciente, no sentido de ser continente, oferecer-se como suporte tal qual um 'agasalho humano';
- 2ª Oferecer-se como modelo de identificação;
- 3ª Emprestar o ego;
- 4ª Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente;
- 5ª Informar sobre o mundo objetivo do paciente;
- 6ª Representar o terapeuta;
- 7ª Atuar como agente ressocializador;
- 8ª Servir como catalisador das relações familiares. (SANTOS; MOTTA; DUTRA, 2005, p. 504).

Destaca-se que a função principal do AT é dar movimento ao paciente, tirá-lo do afastamento da sociedade, dando-lhe uma melhor qualidade de vida. Essa prática, na medida em que transcorre fora da clínica, pode ser realizada em casa, na rua, no shopping, no cinema, na escola, trabalho, exposições de arte ou outro local que a comunidade possa oferecer, fundamentando-se em estar em constante conexão com a sociedade.

Portanto, o AT busca resgatar o paciente em sua inteireza humana, desenvolvendo diversos aspectos sadios e potenciais existentes no mesmo, apesar de sua crise. A ênfase desse trabalho é colocada na pessoa e no resgate de sua subjetividade e, conseqüentemente, sua cidadania.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E DISPOSITIVOS PARA SAÚDE MENTAL

3.1 Evolução das políticas públicas relacionadas à saúde mental

Quanto à evolução histórica das políticas públicas relacionadas à saúde mental, observa-se que muitos anos se passaram até que a saúde mental fosse focalizada com a especificidade necessária.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2005) dispõe que o início dessa evolução é contemporâneo do desenvolvimento do movimento sanitário, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Contudo, apesar de fazerem parte da mesma época, a evolução psiquiátrica brasileira tem sua própria história, marcada num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 07):

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). (...) E, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste período, em 1987, surge o primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, e são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas; foram criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Com a Constituição de 1988, foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’. (BRASIL, 2005, p. 07)

Porém, somente em 1992 os movimentos sociais conseguem aprovar em boa parte do país as primeiras leis que visam substituir progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

O Ministério da Saúde (2005, p. 08) destaca ainda que:

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Conforme exposto acima, RIBEIRO (2001) destaca que a Medicina, de forma geral, e a Saúde Mental, em particular, têm assistido a um movimento de reflexão e crítica vindas da sociedade, de seus mais diferentes setores, influenciando sobremaneira as diretrizes que passaram a ser sugeridas ou adotadas nas ações de saúde pública e no atendimento em saúde mental. Observa-se que a saúde mental saiu

mais arrojadamente dos consultórios e dos hospitais psiquiátricos, identificando-se com outros modelos assistenciais além do clínico e do custodial.

Quanto ao entendimento de políticas públicas CARVALHO; *et al* (2002, p. 12) dispõem que:

As políticas públicas têm sido criadas como resposta do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior, sendo expressões do compromisso público de atuação numa determinada área a longo prazo. Pode-se assim entender a política pública como linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade.

Nunca é demais ressaltar que o Brasil do século XXI é um país de caráter notoriamente capitalista, onde a noção de 'Políticas Públicas' está intimamente ligada ao assistencialismo e à noção de doador/receptor. Essa forma de pensar, além de implicar numa subalternidade, leva a um sentimento de humilhação do sujeito, interferindo diretamente na construção de sua subjetividade.

Portanto, a psicologia se constitui como área do saber que procura conhecer, refletir e podemos dizer, responder por essa dimensão subjetiva dos sujeitos, pela constituição do 'eu' - *self*. Sua atuação nas políticas públicas busca a intervenção que leve em consideração essa especificidade, não sendo possível que outro profissional o faça, assim como, busca-se uma compreensão por parte de todos e do próprio psicólogo a respeito de sua atuação.

Pensar na psicologia inserida nos processos de elaboração e atuação das políticas públicas implica em levar-se em consideração a existência de um sujeito e um determinado grupo social - que se constituem num tempo, espaço e cultura específicos.

Para que a Psicologia tenha um reconhecimento de sua especificidade enquanto produção de conhecimentos acerca do sujeito, é preciso que esta saia do cenário clínico restrito a uma pequena parcela da sociedade e possa de fato ter uma atuação mais ampla.

Tal possibilidade de atuação num âmbito social, e não mais particular, é algo que não só pode como deve ser contemplado nas políticas públicas, uma vez que as ações, em sua maioria, são destinadas aos grupos.

3.2 Principais providências e dispositivos oferecidos aos doentes mentais

As políticas públicas são criadas pelo Estado com objetivo coletivo, desenvolvendo ações, práticas, programas, projetos e normas para que se possam administrar diferentes interesses pessoais, além de possibilitar a existência de uma relação entre Estado e sociedade.

Aparecem em diversas áreas, tais como saúde e segurança pública, trabalho, geração de renda e emprego, economia, desenvolvimento sustentável, habitacionais, entre tantas outras. O objetivo deste trabalho, no entanto, é focar na área da saúde mental e seus equipamentos.

A princípio, cabe salientar a importância da dimensão subjetiva na vivência de um fenômeno qualquer. A psicologia não precisa (e não deveria) permanecer na 'escuridão e no mistério' de sua intervenção. Ao contrário, faz-se necessário esclarecer

sua atuação, visto que acredita na existência de um sujeito e, portanto, na relevância do impacto de suas ações e fundamentalmente na consideração e respeito pelo outro.

A intervenção deve propiciar que este sujeito, o qual se encontra encoberto, seja capaz de se expressar, fazendo com que os sentidos possam ser considerados e explicitados. Assim sendo, o 'não-dito' poderá ser elaborado, havendo um espaço para a fala/escuta de suas próprias demandas.

Atualmente, o psicólogo possui um grande campo de atuação ao tratar-se de Políticas Públicas, visando o bem-estar de sujeitos não enquanto números, mas enquanto subjetividades e singularidades, permeando o coletivo e o individual.

São as Políticas Públicas espaços de discussões amplas que trazem demandas para a academia, para a produção de conhecimentos e orientações para possíveis ações. Em outras palavras, são cenários nos quais se pode questionar as teorias sem que isso implique numa relativização, negação ou ainda, radicalização geral. Porém, se apresentam como a realidade na qual a própria Psicologia se constitui e estrutura suas 'diretrizes', isto é, o próprio sentido do seu existir.

3.2.1 Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO

O Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) é um serviço disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a qual a partir das diretrizes da reforma sanitária psiquiátrica trouxe uma reformulação para toda rede de atenção à

saúde mental, instaurando serviços territoriais substitutivos ao modelo preponderante centrado nas internações psiquiátricas.

Segundo LOPES e LEÃO (2002):

O projeto dos Centros de Convivência e Cooperativa foi iniciado experimentalmente em 1989, e foi oficializado no início de 1990, por portaria intersecretarial entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de Serviços e Obras, através de seu Departamento de Parques e Áreas Verdes (DEPAVE), e de Educação. Até o final de 1992, 18 CeCCos estavam em funcionamento na cidade de São Paulo.

Os CECCOs foram criados com o objetivo de trabalhar especificamente a questão da inserção e da integração de grupos freqüentemente discriminados, como pessoas portadoras de transtorno mental, pessoas portadoras de deficiência, portadores de HIV, crianças e adolescentes em situação de risco e idosos. Esse equipamento, ao ser implantado em espaços públicos como parques, centros esportivos e centros comunitários, propiciaria o encontro da população dita 'normal' com aquela população alvo.

A convivência entre essas populações se efetivaria através do uso de oficinas, mediadas por uma equipe multidisciplinar de técnicos das áreas da saúde, da educação e da cultura. Funciona, assim, como retaguarda dos serviços de saúde em geral e fundamentalmente dos serviços de saúde mental (LOPES; LEÃO, 2002).

Nesse sentido, GALLETTI (2008) destaca que diferente de outras unidades de saúde, as quais têm como foco a assistência às patologias da saúde, como assistência médica, terapêutica, cuidados de enfermagem, entre outros, o CECCO foi criado como um projeto híbrido de produção de saúde, sendo que produzir saúde é

necessariamente produzir encontros que visam a conexão de pessoas não pelas suas patologias, mas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer.

O site do CECCO Ibirapuera (2010) descreve bem essa finalidade, quando dispõe que:

Com suas ações culturais: artísticas, ambientais, literárias, esportivas, artesanais, práticas orientais e tradicionais, de convivência e trabalho em empreendimentos solidários; pesquisa; formação; comunicação; qualifica o Parque e cumpre a função social deste para com a população paulistana, na perspectiva de ampliar e enriquecer existências humanas, particularmente, as que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Incentiva o poder popular através do conselho gestor local e da Associação dos Amigos do CECCO. Busca constantemente ampliar seu território de alcance e beneficiários e colabora na confecção de uma rede de acessibilidade, se valendo de parceiros e equipe diversificada. Imprimi a constante reflexão, à luz da diversidade, do transculturalismo e da tolerância, na perspectiva pró-ativa da equidade social.

O CECCO trabalha um novo conceito de cultura e saúde, cujo foco está na autonomia, na manifestação do desejo e no acesso, incorporando um novo paradigma que associa cultura e saúde à liberdade e criatividade num contexto coletivo e existencial.

Portanto, pode-se observar que o CECCO é um projeto que faz parte da rede pública de saúde, mas também atua externamente dela, já que se relaciona com diferentes campos, naturalmente separados: a saúde, a cultura, o meio ambiente, o esporte, buscando uma melhor (re)inserção social desse paciente.

Nesse sentido GALLETTI (2008) afirma que:

A rede que temos afirmado no Cecco é a rede de resistência e criação, aquela na qual as experiências sociais se multiplicam, e proliferam as informações não oriundas dos canais oficiais; por onde crescem os saberes espontâneos, rede de produção de comunidade, de solidariedade, de resistência às formas de homogeneização do sócio, a qual procura criar aberturas para processos heterogênicos que afirmem a possibilidade de novos modos de convívio.

A autora (2008) ainda destaca que 'pensadas deste modo, as redes podem agir na complexa tarefa de transversalisar o funcionamento de um serviço e também as instâncias que formulam políticas públicas'.

Porém, como nem todos os projetos obtêm a total positividade de seus resultados, após pesquisa nesse sentido, Roseli Esquerdo Lopes e Adriana Leão destacam que:

Dentre os resultados encontrados, podemos constatar que os CeCCos lograram se constituir em importantes inovações de intervenção na área social, com interfaces no campo da saúde, da cultura e da educação, apesar das dificuldades para a sua manutenção nas gestões seguintes a de sua criação. Os CeCCos, ao proporem um serviço novo e diferenciado, apresentavam fragilidades já em sua implantação. Devido ao desconhecimento natural daquilo que é novo e que implica novos mecanismos e ações, os impasses da proposta mereceriam maiores atenções para que pudessem ser trabalhados e sanados. (LOPES; LEÃO, 2002)

Cabe destacar que as autoras (2002), apesar de encontrar problemas nos CECCOs, as mesmas puderam constatar inúmeros benefícios proporcionados por estes equipamentos, dos quais destacam: o estabelecimento da convivência entre as populações, que é um dos objetivos da luta contra a discriminação e a segregação social; o aumento da qualidade de vida, minimizando muitas vezes processos de cronificação de doenças; e o papel de fomentador de cidadania.

3.2.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Quanto do conceito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) SILVA (2000, p. 03) dispõe que:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de longa permanência e regime asilar. Os Centros de Atenção, ao contrário, permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades.

Iniciou-se a proposta de implementação dos CAPS nas regiões carentes da cidade do Rio de Janeiro em 1991 e partiu da Gerência dos Programas de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No entanto, o primeiro Centro começou a funcionar somente em maio de 1996, no bairro de Irajá. (SILVA, 2000).

O CAPS tem como objetivo, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b): 'oferecer atendimento à população, realizar 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'.

Nesse sentido, SILVA (2000, p. 08) ressalta que:

Na verdade, mais do que evitar internações psiquiátricas e reincidências, trata-se de um espaço que visa reintegrar os usuários não só ao convívio familiar, mas também à comunidade, envolvendo-os numa grande rede de solidariedade. Assim, busca-se incluir socialmente os usuários, por meio do incentivo ao retorno às atividades escolares, de trabalho, lazer, etc. A rede de solidariedade vem se construindo por meio de 'parcerias informais', em diversas ações cotidianas.

A importância no CAPS encontra-se no cotidiano de seus usuários, portadores de sofrimento psíquico grave e que acabam sendo excluídos pela sociedade, rejeitados do campo profissional e cultural, da vida comunitária, do lazer e muitas vezes do convívio de sua própria família. Perdem, até mesmo, o direito a ter voz, a opinar e a receber informações.

Visando preencher essas lacunas e evitar tais exclusões, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) enumera as funções do CAPS, sendo elas:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- Dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica;
- Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Apesar de vislumbrar a beleza deste programa, é fato que o mesmo enfrenta diversas dificuldades, muitas segundo SILVA (2000) de caráter estrutural. Porém, a autora (2000) destaca que o maior desafio a ser vencido é a inserção desses portadores de sofrimento psíquico grave no mercado de trabalho, tanto formal, quanto informal, evidenciando o fato de que vivemos em uma sociedade que prefere, na maioria das vezes, segregar ao invés de dar oportunidades.

4. CUIDADOS COM OS PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS

4.1 A sociedade e os transtornos mentais

O subsídio ao ser humano com transtornos mentais apresenta em sua história uma trajetória marcada por processos de isolamento e anulação, retirando seu direito a um tratamento eficiente ou simplesmente acessível. A imagem do 'louco', estigmatizada por um longo período, sempre foi motivo de receio perante a sociedade como um todo, acarretando em sua 'exclusão manicomial', além de uma perda de cidadania e, muitas vezes, de sua própria identidade, conforme apontado anteriormente.

Os processos de desinstitucionalização vêm sendo amplamente discutido, resultando em propostas de mudanças no sistema de atenção à Saúde Mental em vários países, inclusive no Brasil. O reconhecimento da necessidade de se ultrapassar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e avançar no sentido do cuidado próximo às famílias e aos recursos socioculturais dos pacientes são exemplos de alternativas possíveis, tais como os já citados CAPS e CECCO.

Ainda assim, no debate contemporâneo dos paradigmas do tratamento de usuários dos serviços de Saúde Mental, diversas modalidades terapêuticas não-tradicionais têm sua importância nesse cenário – é o caso do Acompanhamento Terapêutico.

Falar simplesmente em evolução da visão da loucura e sua assistência seria omitir momentos de estagnação e retrocesso vivenciados nesse processo, uma vez

que é notório o fato de que a psiquiatria foi muito prejudicada por crenças religiosas, filosóficas e até mesmo interesses políticos, por séculos predominantes e que hoje ainda ecoam na nossa cultura.

No Brasil, preconceito e discriminação fazem parte de um processo histórico e sociocultural. O AT, sob a luz da Reforma Psiquiátrica, visa mudar a maneira estigmatizada de se enxergar o portador de fortes perturbações ou transtornos mentais, passando a desvelar a existência nesse indivíduo de uma subjetividade. Em face destas questões e tendo em vista a importância da relação interpessoal calcada na figura do AT para a reabilitação do portador de transtorno mental, atribuiu-se maior importância aos laços sociais e afetivos.

A discussão de diversos setores da sociedade brasileira sobre os problemas relacionados às instituições psiquiátricas culminou no surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, embasado primordialmente pela fundamentação de que o tratamento das chamadas 'doenças mentais' não envolveria meramente um método de diagnóstico/ cura, como almejava a psiquiatria clássica.

Tal movimento passou a denunciar as condições de segregação social dos portadores de transtornos mentais; propôs mudanças de concepção sobre a doença mental e evidenciou o direito destes passarem a ser considerados cidadãos, além de alterar o modelo de atenção terapêutico hegemônico – o '*hospitalocêntrico*'.

Conforme se observou, os portadores de doenças mentais têm gradativamente conquistado certos direitos. A corrente majoritária atual defende a 'não internação' destes pacientes, incluindo-o em programas assistenciais onde os mesmos possam se sentir vivos, produtivos e efetivamente parte de uma sociedade.

Com a aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, as regras para o tratamento psiquiátrico no Brasil foram modificadas, determinando que a internação só deveria ocorrer nos casos em que não haja outra alternativa, ou seja, todos os outros tratamentos não foram bem-sucedidos, bem como, proibindo a internação de pessoas em instituições com características asilares. Porém, VECCHIA e MARTINS destacam que: 'ainda assim, a radical abolição da estratégia asilar tem encontrado percalços significativos' (2006, p. 160).

Para os autores (2006), diferente do que ocorria em outros momentos históricos, a partir da Reforma Psiquiátrica - principalmente na década de 90 - a família desse paciente adquire um papel central, mais como parceria e apoio na reabilitação do que principal responsável pelo processo de sofrimento psíquico. Entretanto, apesar de sua importância no acompanhamento, no tratamento e na reabilitação, a família, na maioria das vezes, não tem recebido a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental. Em suma, o modelo de tratamento previsto pela Reforma Psiquiátrica tem como objetivo atender pessoas que necessitam de cuidados psíquicos, sem que para isso se desconsidere a individualidade e a relação com o meio social em que estão inseridas.

Portanto, o problema encontra-se no fato do Estado não conseguir fazer um trabalho eficiente com esses portadores de doenças mentais e também não garantir um amparo a essas famílias.

Existe a urgência de uma intervenção que integre a historicidade social da produção do cuidado na família, no sentido de que os familiares se apropriem de estratégias para lidar com o portador de transtorno mental, por exemplo, via grupos de intervenção na própria unidade (VECCHIA e MARTINS, 2006).

Tais pacientes necessitam de cuidados especiais; não interná-los, apenas, não é suficiente. VECCHIA e MARTINS (2006, p. 167) destacam que:

Profissionais de saúde mental, ou generalistas formados na área devem atuar no sentido da atenção à família, o que implica em assinalar a importância de estratégias como visitas domiciliares. A adesão ao território como estratégia da Atenção Primária em Saúde (...) é relevante nesse sentido; porém, não é determinante para que a prática profissional integre uma intervenção voltada à família. Sobretudo, é necessário garantir, por direito constitucional, integralidade, equidade e universalidade como estabelece o SUS.

Por fim, pode-se observar que o valor da participação familiar na assistência a esse portador de doença mental é demasiadamente grande, uma vez que pode garantir uma melhor qualidade de vida para o mesmo. A práxis da Reforma Psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais da saúde. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva destes por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (GONÇALVES, 2001).

As mudanças ocorridas marcaram a formulação de uma nova concepção de saúde mental; foram criados novos desenhos institucionais, alterando significativamente a política pública e a relação dos segmentos sociais envolvidos com a gestão da saúde. Os profissionais envolvidos nesse tratamento, portanto, devem conhecer e compreender este contexto, oferecendo apoio e orientação necessários, visando um trabalho conjunto na compreensão e tratamento da doença para que, a partir disso, ocorra realmente a melhoria na qualidade de vida de todos.

4.2 A árdua realidade

*‘Suponho que me entender não é uma questão de inteligência e sim de sentir,
de entrar em contato...
Ou toca, ou não toca’.
(Clarice Lispector)*

Apesar dos benefícios da desinternação dos portadores de doenças mentais, visando sua reintegração social, observa-se que essa prática pode causar sérios prejuízos a esses pacientes, uma vez que podem ser ‘libertos’ dos hospitais, mas passam a viver sua clausura dentro de casa.

AGGEGE em reportagem para o Jornal O Globo aponta diversos problemas causados pela desinternação desses pacientes que exprimem a árdua realidade vivenciada pelos mesmos na nossa sociedade brasileira.

O AGGEGE traz no início de sua reportagem o caso de uma paciente, o qual convém que se destaque:

Eliana perambula pelas ruas de São Paulo. Não sabe de onde veio. Nem se é mesmo Eliana. Lembra que já foi internada e tomava “remédios para a cabeça”. Até que atendeu às ordens de “um rádio”— que alguém teria implantado dentro da sua cabeça. Desesperada, saiu de casa. Está perdida. (2007, p. 14):

O número de mortes de doentes mentais e comportamentais cresceu vertiginosamente nos últimos anos. Foram 9.398 doentes mentais mortos em 2006, contra 6.655 em 2001. No mesmo período, um quarto dos leitos psiquiátricos do país foi fechado, sem que fossem criados serviços substitutos suficientes (AGGEGE, 2007, p. 14).

Sabe-se que a Lei n. 10.216/01 apresenta-se como uma conquista dos doentes mentais, pois sofriam em manicômios desumanos. Porém, nove anos depois, o país ainda vive um dilema: echou grande parte dos desumanos estabelecimentos de

internação, mas não criou atendimento suficiente para os doentes saídos dos hospitais. De acordo com o jornal O Globo (2007) o Brasil já tinha em 2007 16,5 milhões de doentes mentais precisando de internações eventuais, além de tratamento ambulatorial. Muitos leitos psiquiátricos foram fechados, na promessa da criação de leitos em hospitais gerais e uma rede de atendimento comunitário, além de residências terapêuticas para pacientes.

Para auxiliar tamanho problema o governo criou o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Porém, apesar dos esforços não conseguem alcançar todos esses pacientes, e o resultado está nas ruas, por onde perambulam antigos pacientes rejeitados pelas famílias.

Para finalizar, o Dr. Wagner Farid Gattaz em declaração ao jornal O Globo afirmou com preocupação: 'desinternar pacientes é o objetivo dos médicos. Despejá-los nas ruas tem sido a ação do governo. É como se, acabando com os hospitais psiquiátricos, se acabasse com a loucura. O governo quer fazer a reforma pelo fim'. (GATTAZ *apud* AGGEGE, 2007).

A saúde representa tanto um valor universal, na sua dimensão de cuidados para a manutenção e qualidade de vida, quanto um setor estratégico de política pública, no atendimento das condições necessárias para o tecido social. A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto *sujeitos em sofrimento*.

Logo, as políticas públicas, frente aos pacientes que têm doença mental, necessitam urgentemente passarem da palavra ao ato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o tema proposto pode-se verificar a abrangência do mesmo. Nesse sentido, objetivou-se destacar a importância do Acompanhamento Terapêutico para os pacientes de transtornos mentais, destacando sua eficiência e aplicabilidade no tratamento, sem ansiar esgotar o tema - haja vista sua extensão e complexidade.

Sabe-se que, apesar das muitas evoluções com o decorrer dos anos, no sentido da criação e implantação de novas políticas públicas para esses pacientes, o caminho ainda é árduo e longo. Muitos parâmetros ainda precisam ser revistos, além de novas estratégias serem observadas, visando a recuperação e/ou a efetiva reinserção desse paciente ao meio social.

No desenvolver deste trabalho verificou-se que as práticas, compreensão e cuidados de saúde mental evoluíram e muito ao longo dos anos e mais do que isso realce ao invés de ser negligenciada, como o era, pela medicina antiga. Porém, as evoluções passaram por diversas influências, tanto de sociedade da época, quanto da religião, sendo alvo de extremo preconceito, além de infligirem, com muita frequência, violentos tratamentos manicomiais.

Contra esses tratamentos reclusos e ineficazes e visando criar novas formas terapêuticas novas condutas foram sendo criadas e implantadas. Uma dessas estratégias é o Acompanhamento Terapêutico, o qual tem como intuito desinstitucionalizar esses pacientes e inseri-los à sociedade extra-clínica.

O objetivo do Acompanhante Terapêutico, portanto, é apresentar uma solução extra-manicomial para esse paciente com transtornos mentais, dando-lhe a

oportunidade de presenciar o mundo a sua volta, conhecendo, reconhecendo e principalmente vivendo sua história.

Já em relação às políticas públicas direcionadas para a saúde mental, atualmente observa-se alguns dispositivos atuantes como o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tendo como objetivo atender aos pacientes e as suas famílias, dando-lhes assistência, auxílio no tratamento e principalmente buscando reintegrá-lo na realidade social.

Teoricamente o objetivo de tal reinserção é abordado com grande expectativa por implicar numa abordagem mais humana e eficiente de tratar esses pacientes. Pode-se verificar, porém, que existe o outro lado da moeda, uma vez que os leitos manicomiais são cada vez mais reduzidos no Brasil e a oferta de tratamento público não tem ainda grande expressão no Brasil. Assim, grande número de pacientes em sofrimento psíquico acaba por se tornar prisioneiro em suas próprias casas.

Portanto, conforme descrito anteriormente, cabe a ressalva de que a leitura das políticas públicas no Brasil levantam grandes esperanças. Todavia, ainda existe um abismo enorme entre o que é proposto e o que se encontra no mundo de realidade, o que se visualiza de concreto, principalmente no dia-a-dia de tantas pessoas que sofrem de transtornos mentais graves no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGEGE, Soraya. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais: Em cinco anos, governo fechou um quarto dos leitos psiquiátricos, sem criar serviço substituto; mortes subiram 41%. **Jornal O Globo**. Caderno O País, p. 14, ed. 09 dez. 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: EDUC, 2005.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 16 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Caderno Centro Cultural da Saúde, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>> Acesso em: 25 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134> Acesso em: 06 abr. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CAPS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1> Acesso em: 04 mai. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARVALHO, Alysso; *et al.* **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Proex, 2002.

CECCO. Centro de Convivência e Cooperativa Ibirapuera. Disponível em: <<http://www.ceccoibirapuera.com.br/historico.html>> Acesso em: 03 mai. 2010.

FERENCZI, Sándor. **Elasticidade da técnica psicanalítica**. Escritos Psicanalíticos. Rio de Janeiro: Taurus Timbre, s.d.

GALLETTI, Maria Cecília. **CECCOs – Multiplicação de experiências sociais**. Projetos Terapêuticos, out. 2008. Disponível em: <<http://www.projetosterapeuticos.com.br/noticia01.php?id=59>> Acesso em: 03 mai. 2010.

LEVISKY, David Léo. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LOPES, Roseli Esquerdo; LEAO, Adriana. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002.

ODA, Ana Maria Galdini R.; DALGARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1. ed. Lisboa, 2002.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. Coleção Universidade Aberta. São Paulo: Arte e Ciência Editora, 2001.

SAFRA, Gilberto. **Acompanhamento terapêutico e a clínica da pessoa**. Série: Acompanhamento terapêutico. Aula ministrada em 22 de agosto de 2009. Edições Sobornost.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da Medicina Brasileira**. São Paulo: Editora Parma, 1980.

SANTOS, Lúcia Gossi dos; MOTTA, Juliana Meirelles; DUTRA, Maria Cristina Bechelany. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. ano VIII, n. 3, p. 497-514, set. 2005.

SILVA, Adélia Cristina Zimbrão da. **Centros de atenção psicossocial**. Programa Gestão Pública e Cidadania. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. Estudo de Psicologia. ano/vol 11, n. 2, p. 159-168, mai/ago. 2006