

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃO SOCIAL

THE EVOLUTION OF MENTAL HEALTH IN BRAZIL: SOCIAL REINSERTION

*Bismarck Liandro de Freitas*¹

RESUMO

No século XIX, iniciou-se a transformação da Saúde Mental do Brasil, onde as discussões em relação aos transtornos mentais ganharam força. Nesse período o doente mental era considerado um perigo para a sociedade, por isso, era ele excluído da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, esse conceito foi sendo mudado, surgindo novos modelos de assistir o paciente psiquiátrico. O objetivo do presente estudo foi abordar sobre a evolução da Saúde Mental. Para isso, foi efetuada uma revisão bibliográfica na literatura com recorte temporal dos últimos 10 anos com os seguintes descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desse modo, foi possível abordar sobre os principais pontos da Saúde Mental no Brasil.

Palavras chaves: saúde mental, história da saúde mental no Brasil, Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

In the nineteenth century, began the transformation of Mental Health of Brazil, where discussions on mental disorders gained strength. At that time the mentally ill was considered a danger to society, so he was excluded from society. With the Psychiatric Reform, this concept was changed, and new models of psychiatric care emerged. The objective of the present study was to discuss the evolution of Mental Health. For this, a bibliographic review was carried out in the literature with a temporal cut of the last 10 years with the following descriptors: mental health, mental health services, Psychiatric Reform in Brazil. Thus, it was possible to address the main points of Mental Health in Brazil.

Keywords: mental health, history of mental health in Brazil, Psychiatric Reform

¹ Enfermeiro, Graduado em enfermagem pela universidade Anhanguera/Niterói RJ. Email: bismarck.liandro@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Falar sobre política de saúde mental no Brasil é algo novo, conquistada por meio da reforma psiquiátrica. A assistência aos pacientes com transtornos mentais no Brasil surgiu nos primeiros hospícios de forma totalmente excludente, retirando os que eram considerados loucos da sociedade. Essa assistência tinha o seu foco simplesmente na doença, esquecendo assim, de compreender o sujeito na sua totalidade.

A reforma psiquiátrica é o resultado de muito esforço, ela veio para dar aos pacientes psiquiátricos um adequado tratamento e acompanhamento por meio da desinstitucionalização. Parte-se da argumentação de que os transtornos psiquiátricos podem ser resolvidos sem ter a necessidade de uma assistência especializada. Enfatiza-se a importância da criação de ações de promoção e prevenção na saúde mental, tendo na atenção básica, o local preferencial desse desenvolvimento (HIRDES, 2009).

Com a reforma na saúde mental a assistência ao paciente psiquiátrico passou a ter um novo objetivo, o de reabilitar esses sujeitos. Nesse contexto surgiu o centro de atenção psicossocial, o CAPS, que é um local de assistência a saúde mental, e tem como objetivo diminuir a gravidade do sofrimento mental, objetivando a reabilitação psicossocial dos indivíduos, e proporcionar maior grau de socialização dessas pessoas.

Diante da importância de tal assunto, tem-se como problema de pesquisa: como ocorreu a evolução da saúde mental no Brasil? O presente estudo tem como objetivo apontar a evolução da política de saúde mental no Brasil até a criação do CAPS.

Diante de todas as modificações e dos avanços que aconteceram na saúde mental do Brasil, o presente estudo vem para contribuir com o assunto em questão, onde o mesmo teve como objetivo analisar a literatura nos últimos dez anos em relação a história da Saúde Mental.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão bibliográfica. Para sua elaboração, foi efetuada uma pesquisa na biblioteca virtual em saúde (BVS), nas bases de dados online de busca e análise de literatura médica, as bases escolhidas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – MEDLINE; *Literatura Latina Americana em Ciências em Saúde* - LILACS e nas Bases de Dados em Enfermagem-BDENF. Tais bases de dados foram escolhidas por apresentar mais especificamente o tema abordado. O objeto da análise foi às produções científicas em relação ao assunto, com os seguintes descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Foi escolhida a referida literatura pelos critérios: publicados nos últimos 10 anos, conteúdo relacionado com o tema do estudo e artigos em português publicados na íntegra. Foram excluídos todos os artigos que não estavam em português, e os publicados há mais de 10 anos.

Após os critérios de inclusão e exclusão foi realizada a leitura na íntegra do conteúdo encontrado. Desta forma, o presente estudo é basicamente descritivo, pois o seu objetivo é delinear um panorama da saúde mental no Brasil. Deste modo, a pesquisa se apresenta da seguinte forma: A saúde mental ao longo da história; CAPS: dispositivo de reinserção social.

3. A SAÚDE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA

Uma assistência de qualidade prestada aos pacientes psiquiátricos no Brasil é algo recente. Em um passado não muito distante, os pacientes doentes mentais não tinham sequer o direito de receber os cuidados necessários em relação ao seu sofrimento psíquico. Com o passar dos anos essa realidade foi sendo modificada, e esses pacientes foram adquirindo direitos que precisam ser respeitados.

No Brasil, desde a época do império, a saúde mental já tinha certa atenção, decorrente da chegada da família real. As pessoas portadoras de algum transtorno mental que fossem oriundas de famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca, eram tratadas em espécies de asilos ou intituladas Casas de Misericórdia para que fossem então afastadas do convívio social. Causava um grande espanto e vergonha às famílias abastadas ter em seu convívio um parente que fosse considerado doente mental ou, de acordo com o termo utilizado à época, loucos (SANTOS; MIRANDA, 2015).

A assistência prestada ao indivíduo com problemas mentais surgiu quando se definiu a pessoa louca na sociedade. A partir do século XVII começou-se a ocorrer uma distinção entre as pessoas normais, das que não eram normais. Era preciso libertar a sociedade daqueles que a perturbavam. Se um indivíduo se diferenciava dos padrões de normalidade da sociedade, ele era considerado como um louco, ou então improdutivo socialmente (CORDEIRO et al., 2012).

De acordo com Santos, Miranda (2015), a forma de excluir os portadores de doenças mentais deu-se por anos e anos, em princípio pelo conceito de anormal e normal. Esta exclusão gerou a necessidade de abrigar os doentes mentais em ambientes segregadores, como uma forma de extirpá-los do meio social e, assim tratar as suas patologias em locais de contenção por suas subjetividades e diferenças. Todavia, o objetivo maior da criação desses locais, denominados de hospitais psiquiátricos era o de resolver os problemas gerados pelos anormais, o caráter de dar uma assistência humanizada ficou em último plano e, devido a isso, o surgimento dos manicômios, no Brasil, se associa em muito ao modelo prisional, e não terapêutico (SANTOS; MIRANDA, 2015).

Historicamente, durante muitos anos, havia várias suposições para a loucura aparecer, segundo Figueirêdo, Delevati, Tavares (2014, p. 124):

Com a antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002). Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa.

De acordo com Saraiva, Santos, Sousa (2016), historicamente, a partir do período em que o louco é definido como aquele que foge dos padrões de normalidade, esse indivíduo precisava ser excluído da sociedade. Desta forma, não havia a menor preocupação com a criação de propostas de tratamentos para a recuperação dessas pessoas, diferente do que acontecia nas outras especialidades médicas, onde os doentes recebiam seus cuidados.

Pelo Decreto n. 82/1841, no Rio de Janeiro foi fundado o Hospício Dom Pedro II, inaugurado no ano de 1852, e renomeado tempos depois de Hospício Nacional de Alienados. Deste modo, o Brasil tornou-se o primeiro país na América Latina a fundar um grande manicômio com base no alienismo que havia na França, onde o mesmo manteve uma tradição asilar de abrigar os desviantes de todos os tipos, com procedimentos das mais variadas formas e arbitrariedades (QUIMARÃES et al., 2013).

No ano de 1912, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos então tidos como Alienados, seguindo do ganho de status de uma especialidade médica autônoma aos médicos psiquiatras, aumentando assim o número das instituições destinadas aos doentes portadores de transtornos mentais. A criação dessas estruturas manicomiais visava à criação de espaços de poder disciplinadores por meio de hospitais ou de clínicas especializadas. A disciplina realizada nessas instituições também produzia socialmente a normalização dos comportamentos, sendo passíveis de intervenção do saber médico psiquiátrico, sendo uma atuação de higienização da sociedade. Nessa direção, outros dispositivos disciplinadores foram criados, orientando as práticas médicas no tratamento dos loucos (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

De acordo com Guimarães et al. (2013), a partir desse momento, foram construídos vários asilos e manicômios em todo o país. Deste modo, ao longo de muitos anos, a assistência ao paciente psiquiátrico esteve-se completamente atrelada ao tratamento restrito no interior dos grandes manicômios espalhados por

todo o país, com a internação prolongada e a manutenção da segregação dos doentes mentais do espaço familiar e social. As internações ocorriam de maneira automática e arbitrária, pode-se considerar uma verdadeira autorização de sequestro, privando o indivíduo de sua liberdade, mantendo-os em cativeiro. O foco da atenção não era a pessoa, o indivíduo, mas sim a sua doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de qualquer autonomia, não eram vistos como indivíduos ativos da sua terapêutica.

A esses hospitais cabia somente a responsabilidade de acabar com os sintomas da então desordem psíquica. No tratamento eram utilizados diversos recursos, que variavam desde a internação em si, às técnicas de hidroterapia, a administração exagerada de medicamentos, e até aplicação de estímulos elétricos ou até mesmo o uso de procedimentos cirúrgicos. O objetivo destas instituições psiquiátricas era o de utilizar dispositivos que causassem a correção do que era sinalizado como uma anormalidade (QUIMARÃES et al., 2013).

Os pacientes internados nos manicômios, com os mais diversos transtornos mentais não eram respeitados, não tinham direitos como indivíduos que estavam em grande sofrimento psíquicos, mais eram tratados com violências, com total desrespeito. Segundo Guimarães et al., (2013, p. 362):

Foi no interior do manicômio, que surgiu a enfermagem brasileira. Sua origem não objetivou melhorar a assistência aos internos, mas vigiar, controlar e puni-los por seus atos. Não existiam trocas sociais entre trabalhadores de saúde e os internos, como comunicação, afetividade e acolhimento, os portadores de transtorno mental não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência e, por não serem estimulados, suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social.

De acordo com Santos, Miranda (2015), em sua grande maioria, tais asilos eram organizados e comandados pela Igreja Católica, onde eram deixados os que fossem considerados nocivos à vida em sociedade com o pretexto de que esses indivíduos estariam incomodando a sociedade. Assim, entre os que eram nocivos a sociedade estava os leprosos, os mendigos, os ladrões, as prostitutas, os doentes mentais e qualquer que fossem considerados perigosos. A primeira vista, as Casas de Misericórdia possuíam caráter religioso, mas a realidade era outra, estas funcionavam muito mais como cárceres do que como um ambiente religioso, pois os que ali internados estavam não possuíam qualquer tratamento humanizado, eram

tratados de forma miserável, muitas das vezes, sem alimentação e uma higiene necessária.

Factualmente no século XIX é que no Brasil aconteceram as transformações referentes à assistência prestada aos pacientes psiquiátricos, onde a psiquiatria científica passou a ser implementada. O Hospício Dom Pedro II, que foi inaugurado no ano de 1852, foi o primeiro manicômio estabelecido no Brasil. Esse hospício estava harmoniosamente de acordo com os padrões da Europa, sendo sua administração tutelada pela Santa Casa de Misericórdia, uma instituição religiosa (SARAIVA; SANTOS; SOUSA, 2016).

Após a 2ª Guerra Mundial, surgiu na Europa e nos Estados Unidos, movimentos que não concordava com a então tradicional forma de tratamento dos pacientes com transtornos mentais. O Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas da Inglaterra foram exemplos desses movimentos, que culminaram com movimentos mais amplos da antipsiquiatria. Esses movimentos defendiam as perspectivas humanistas em relação à saúde mental. Desses movimentos de reforma, no Brasil, iniciou-se ao final da década de 1970, com a o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a partir das denúncias contra as violências nos asilos e nas péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

De acordo com Cordeiro et al. (2012), somente a partir de muito tempo é que a saúde mental começou a ganhar um olhar diferenciado, com a criação da psiquiatria positiva, que pode ser definida como uma ciência e prática clínica que procura entender e promover o bem-estar dos indivíduos, tratando o doente e cultivando o que há de bom em cada pessoa, e também a criação do modelo asilar do século XIX, que marca o início da medicalização e terapeutização.

De 1950 em diante, as políticas de saúde mental passaram por muitas modificações, essas mudanças começaram em países como a Itália, a França e os Estados Unidos, que posteriormente influenciaram o Brasil. Essas mudanças se intensificaram nas décadas de 80, 90 e do século XX. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental reivindicava mudanças no modelo assistencial, que incorpora outros segmentos sociais, os usuários, suas famílias e associações, o que configura num movimento de luta antimanicomial que prega a desinstitucionalização, e focaliza no cuidar das pessoas com transtornos mentais (HIRDES, 2009).

A reforma psiquiátrica no Brasil surgiu no final da década de 70, sendo um processo político e social abrangedor, formado por instituições e forças de diversos lugares, nas esferas governamentais federal, estadual e municipal, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, ou seja, foi formada pela opinião pública (LIMA et al., 2011).

De acordo com Figueirêdo, Delevati, Tavares (2014), tal período de reivindicações acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil, teve conseqüências negativas, como a demissão de estagiários e dos profissionais grevistas. A partir de então, iniciaram-se grandes eventos para discutir o tema, entre eles estão o V Congresso de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. No entanto, a luta do Movimento Antimanicomial no Brasil surgiu de forma mais clara e evidente a partir do I Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1987, onde o lema era: por uma sociedade sem manicômios. Nesse evento tão importante foi defendida a eliminação dos meios de contenção presentes no tratamento, o estabelecimento da relação do indivíduo com sua autonomia, produção de relações, espaços de interlocução, restituir os direitos, eliminação da coação e das tutelas.

A reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil há vários anos, tem como objetivo principal a desinstitucionalização considera-se tal fato a desconstrução de uma assistência onde somente a internação é o tratamento adequado para um paciente que esteja em sofrimento mental, é uma desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas, mudando a política de saúde mental brasileira. (MUNIZ et al., 2014).

No ano de 1989, ocorreu a entrada no Congresso Nacional de um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, onde a proposta era a regulamentação dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no país. Esse evento é muito importante, pois é o início da luta do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo do Brasil. Porém essa Lei só veio a ser promulgada em abril do ano de 2001, passando por um longo período de doze anos no congresso nacional (LIMA et al., 2011).

No ano de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi finalmente promulgada, Lei 10. 216 que redirecionou o modelo de assistência em saúde mental no Brasil, a

partir da criação desta lei, as pessoas com transtornos mentais passaram a ter seus direitos como cidadãos preservados. A Lei 10. 216 diz sobre os direitos da pessoa doente mental, de sua autonomia quanto aos tratamentos propostos, da não internação desnecessária, da internação voluntária e involuntária, e da reinserção do doente em seu meio social, ou seja, o doente mental precisa ser visto como um indivíduo que apresenta uma doença, e como em outras doenças, precisa receber o melhor tratamento disponível para que assim ele consiga ter uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Para Muniz et al. (2014), a reforma psiquiátrica busca a desconstrução da assistência manicomial, que acaba piorando ainda mais o sofrimento psíquico do indivíduo, busca ainda a transformação de toda a cultura que dá apoio a violência, o preconceito, a discriminação e o aprisionamento dos doentes mentais. As mudanças na saúde mental ainda incluem a não buscar uma cura, mais sim dar uma assistência de qualidade ao indivíduo que está em sofrimento psíquico.

No Brasil, lentamente as propostas de uma Reforma chegavam aos âmbitos governamentais, gerando diretrizes para a área da Saúde Mental, redigido pelo Ministério da Saúde na década de 1980, propondo o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período da internação, a reintegração no âmbito familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas na área da Saúde Mental (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

De acordo com Figueirêdo, Delevati, Tavares (2014), nos anos de 1987 e 1992, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988 muito importantes, promovendo as discussões e novas experiências sobre a loucura e o sofrimento psíquico. Um dos pontos defendidos nessas conferências é o trabalho interdisciplinar, e não apenas a presença de psicólogos e assistentes sociais, mas sim a valorização de uma equipe composta por muitos profissionais. Tais discussões propiciaram o surgimento de novos modelos assistenciais, novas teorias e novas práticas. Então a partir do final da década de 1980, surgiram as opções assistenciais, novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dando forma a Reforma Psiquiátrica do Brasil, proporcionando atendimento psicológico, consultas médicas, serviço social, terapia ocupacional, dentre outros.

4. CAPS: DISPOSITIVO DE REINserÇÃO SOCIAL

O centro de atenção psicossocial (CAPS) é um serviço aberto do sistema único de saúde (SUS), é um local de referência no tratamento para as pessoas que estão em sofrimento mental, dentre os principais sofrimentos mentais atendidos no CAPS estão às neuroses, psicoses, e demais transtornos que justificam a permanência do paciente em um dispositivo de atenção diário e personalizado, com o objetivo de reinserir o indivíduo na sociedade.

Segundo Rosa e Campos (2013, p. 313):

Tais perspectivas convergem, irradiam-se e se materializam no próprio conceito ampliado de saúde, advogado pelo Sistema Único de Saúde e reforçado pela Constituição federal de 1988, em que os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado ganham destaque. Reorientando o modelo assistencial anterior, emerge a atenção comunitária, tendo os centros de atenção psicossocial — CAPS— como carro-chefe do novo modelo de cuidado, considerado equipamento por excelência para organizar a rede assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

De acordo com Lima et al. (2011), era preciso mudar a assistência em saúde mental no Brasil, e então nasceu o centro de atenção psicossocial, o CAPS, ou o núcleo de assistência psicossocial, o NAPS. O CAPS veio para materializar a Reforma Psiquiátrica, que é movido pelo exercício da ética, solidariedade, compreensão, acolhimento e de convivência com as diferenças existentes nas pessoas. Esses dispositivos têm como objetivo principal promover um cuidado diário as pessoas que estão apresentando sofrimento psíquico, garantindo um acolhimento aos doentes mentais e também aos seus familiares, com o intuito de promover a autonomia e também sua reinserção na sociedade, sendo uma substituição a internação hospitalar.

Em relação à internação dos pacientes mentais, Leal, Antoni. (2013), falam do isolamento e da falta de assistência a pessoa com transtorno mental. Com o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial no Brasil, foi explorada a discussão sobre a precariedade das condições de trabalho em que os profissionais da saúde trabalhavam, bem como sobre os maus-tratos aos pacientes internados.

Portanto, o CAPS se enquadra numa rede de assistência externa e intermediária entre o hospital e a comunidade, funcionando como um filtro de atendimento entre hospital e a comunidade, prestando serviços preferencialmente comunitários, buscando entender a toda a comunidade e instrumentalizá-las para o

exercício de uma vida civil. A assistência é integral, e os serviços propõem atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional. No CAPS, o sofrimento psíquico é pensado no campo da saúde coletiva, considerando os diversos contextos em que o indivíduo está inserido, como a sua família, o trabalho, a cultura, o seu contexto histórico e entre outros. O serviço busca um atendimento personalizado, um tratamento de intensidade máxima, gerando reflexões, sistematização de informações e experiências (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Para Lima et al. (2011), com a assistência oferecida no CAPS aos pacientes com distúrbios mentais, os sintomas das doenças tendem a regredir com o passar do tempo. Por meio dessa estratégia, os pacientes conseguem controlar os seus impulsos. Outro fator que é muito importante é a questão da redução e da adequação no uso dos medicamentos, as medicações junto com as terapias de grupo e individual fazem com que esses tratamentos se tornem efetivos.

Com as atividades que são desenvolvidas no CAPS os doentes mentais, passam a aceitar e a compreender melhor as necessidades do seu tratamento. Os cuidadores podem ver as melhorias alcançadas com a diminuição das crises e a estabilização do equilíbrio mental, diminuindo muito a sobrecarga e o estresse causado no cuidador. As relações familiares tendem a melhorar, a família passa a entender a totalidade dos problemas (LIMA et al., 2011).

No CAPS, os cuidados ao portador de distúrbio mental envolvem uma escuta de qualidade, sensibilidade, observação e realização da estratégia de grupos. A estratégia da formação de grupos para atividades com os pacientes e familiares é um importante instrumento de cuidado que não tem custos, abrange um maior número de pessoas, faz recriar ambientes saudáveis, geram conhecimentos, possibilidades, experiências que dão valor as relações humanas e compartilhamento de saberes (CORDEIRO et al., 2012).

Alguns estudos mostram que a estratégia de formação de grupos é muito importante, após a experiência da participação nos grupos os pacientes com transtornos mentais passam a ter um melhor relacionamento social e com suas famílias. Com a estratégia dos grupos, os familiares podem encontrar um local de escuta sensível, que certamente contribui em muito para minimizar o sofrimento mental e físico que sofrem as pessoas que tem um doente mental em sua

residência. Além dos benefícios que os grupos trazem aos doentes, o profissional da saúde pode escutar adequadamente os problemas enfrentados pelas famílias e assim articular estratégias que promovam o autocuidado do paciente e ainda melhorar o relacionamento, ou seja, os grupos é uma ótima maneira de conhecer os paciente e também as suas famílias (CORDEIRO et al., 2012).

Os grupos verdadeiramente podem ajudar muito, os pacientes têm a chance de se relacionar com outras pessoas que apresentam a mesma doença que eles e enfrentam as mesmas dificuldades no dia a dia. Essa relação de interação com as outras pessoas contribuem no alívio da ansiedade. Além do mais, fortalece sua força de vontade na obtenção de conhecimentos sobre a doença e de seu mundo de relações com o próximo. (CORDEIRO et al., 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em consideração os aspectos mencionados, é notório que houve grandes avanços na forma como são assistidos os pacientes com transtornos mentais. No passado esses pacientes não tinham sequer o direito de receber cuidados, eram retirados da sociedade por serem considerados anormais.

Com o passar dos anos melhorias foram acontecendo em relação de como devem ser cuidados os pacientes em sofrimento psíquico até chegarmos à criação dos centros de atenção psicossocial, que deu a esses pacientes o direito de serem assistidos de acordo com as suas necessidades.

Muito embora grandes avanços aconteceram, ainda é preciso uma maior valorização desses pacientes, pois ainda hoje, por vezes as pessoas com transtornos mentais são tratadas com preconceitos, mais estudos precisam ser feitos para garantir a esses pacientes uma melhor qualidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. lei n. 10. 216, de 06 de abr. de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CORDEIRO, Franciele Roberta, et al. Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: **Revista de enfermagem da UFSM**, 2012, n. 2, v.1, p 174-181. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3123>.

FIGUÊIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista cadernos de graduação ciências humanas e sociais**, 2014, n. 2, v.2, p. 121-136. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de Enfermagem. **Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2013, n. 22. V. 2, p. 361-369. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Revista ciência e saúde coletiva**, 2009, n. 1, v. 14, p. 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>.

LEAL, bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Aletheia**, 2013, n.40, p.87101. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008.

LIMA, Israel Coutinho Sampaio et al. O centro de atenção psicossocial no olhar do familiar cuidador. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, 2011, p. 45-51. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1945/pdf_521.

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, 2014, n. 1, v. 6, p 132-140. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1747/pdf_1078.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Revista Serv. Soc. Soc**, 2013, n. 114, p. 311-331. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt.

SANTOS, Pedro Antonio N. dos; MIRANDA, Marlene B. S.. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista escola de medicina e saúde**

pública, 2015, s/n, s/v, s/p. Disponível em:

<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>.

SARAIVA, Rayslla Sabrina Pereira; SANTOS, William Araújo; SOUSA, Stéphane Figueiredo de. A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios.

Revista coopex, 2016, n(-), v. 7, p. 1-12. Disponível em:

<http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>.