

**COMUNIDADE GESTÁLTICA – CLÍNICA E ESCOLA DE  
PSICOTERAPIA**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM OLHAR  
GESTÁLTICO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2010**

**COMUNIDADE GESTÁLTICA – CLÍNICA E ESCOLA DE  
PSICOTERAPIA**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM OLHAR  
GESTÁLTICO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2010**

**KATIÚCIA ARFELI BRANDÃO**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM OLHAR  
GESTÁLTICO**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do Título de Especialista em Psicologia Clínica e Certificado de Especialização em Gestalt Terapia pelo Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia, sob orientação da Prof. Ângela Schillings.

**Florianópolis – Santa Catarina**

2010

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**KATIÚCIA ARFELI BRANDÃO**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM OLHAR  
GESTÁLTICO**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica e Certificado de Especialização em Gestalt Terapia pelo Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia.

Florianópolis, 28 de janeiro de 2010

---

Ângela Schillings

---

Célia Cristina Bandeira

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO .....	9
2.1. HISTÓRIA DA LOUCURA .....	9
2.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	13
2.3. NOVAS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTOS .....	18
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
ANEXO 1 .....	28

## RESUMO

O Brasil passou por transformações significativas na atenção em saúde mental nas últimas décadas, evoluindo de um modelo de referência hospitalar para um modelo de base territorial e comunitária. Este trabalho tem como objetivo realizar uma retrospectiva histórica das mudanças ocorridas na forma de entender e tratar a pessoa em sofrimento psíquico, analisando as conseqüências da reforma psiquiátrica brasileira sobre o cuidado as mesmas. Para tanto, considera as dificuldades em se modificar a concepção e o estigma da loucura na sociedade, loucura essa vista de diferentes formas ao longo da história, destacando concepções e práticas sobre a loucura desde a Antigüidade até os dias atuais. Com a reforma psiquiátrica, a assistência em saúde mental vem sofrendo grandes mudanças, em um processo que reúne diversos profissionais, entre eles o gestalt-terapeuta. A partir da reforma psiquiátrica surgem novos serviços, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Sendo, estes, considerados como peça chave para a mudança de modelo de atenção em saúde mental, apresentando um novo projeto de tratamento, buscando promover a reinserção social e o desenvolvimento de autonomia. Este trabalho visa uma aproximação entre esta temática e alguns dos principais conceitos da Gestalt Terapia, mostrando que o olhar gestáltico tem muito a contribuir nesta caminhada de transformação do sistema de assistência em saúde mental.

## 1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica é um dos temas que possui importância central na discussão que acontece entre os profissionais de saúde, principalmente psiquiatras e psicólogos, na sociedade brasileira atual, por buscar modificar a forma de pensar e trabalhar com uma condição existente nos seres humanos que, de forma estigmatizada, é nomeada de loucura.

Quando se fala em reforma psiquiátrica, a teoria utiliza termos como portador de transtorno mental ou doente mental e, neste sentido, o foco é a doença, ou seja, o diagnóstico, sendo deste ponto de vista, priorizado o sofrimento, as fragilidades e dificuldades da pessoa, como se ela se resumisse a isso. Se esta sendo feita uma proposta de mudança na forma de lidar com os sofrimentos emocionais, podemos começar alterando a forma como enxergamos o assim chamado "doente".

A partir da compreensão da Gestalt Terapia, este trabalho tem por finalidade discutir a temática da reforma psiquiátrica buscando visualizar, não somente as interrupções apresentadas pela pessoa que sofre dos chamados transtornos mentais, mas, principalmente, o que a constitui como totalidade, resgatando a perspectiva do que também existe de saudável na sua forma de ser e estar no mundo; o que ela possui de suporte disponível que a faz continuar vivendo com as possibilidades que lhe são disponíveis, apesar das dificuldades, tendo em mente que, em algum momento, existe a perspectiva de que ela restabeleça um fluxo mais saudável, se for vista na sua totalidade e não em partes fragmentadas, como ela mesma, possivelmente, se vê.

Partindo desse pressuposto, o termo portador de transtorno mental ou doente mental será utilizado apenas quando estiverem sendo citadas as referências bibliográficas que subsidiam a parte da reforma psiquiátrica e no restante do trabalho, o termo utilizado será a **pessoa**, aquela que faz o melhor possível dentro daquilo que tem disponível no meio em que se encontra, apesar das dificuldades e interrupções existentes e que possui partes íntegras e saudáveis. Neste sentido, a Gestalt Terapia nos oferece um referencial que possibilita acreditar no potencial de crescimento e desenvolvimento de cada ser humano no mundo.

A reforma psiquiátrica trás com ela não somente uma nova forma de tratamento para os chamados transtornos mentais, mas também um novo olhar sobre a pessoa que sofre. Passando a enxergar cada pessoa como única, com uma necessidade específica, mesmo apresentando um diagnóstico que tem sintomas comuns há várias pessoas.

Mudar o conceito que a sociedade tem sobre a loucura, não é uma tarefa fácil, visto que há muito preconceito e estigma sobre este tema ao longo de toda a história da humanidade. A desinstitucionalização e a conseqüente ressocialização da pessoa em sofrimento emocional implica em uma nova forma de a sociedade lidar com a loucura, até então guardada pelos muros dos asilos e hospitais, e com isso, surgem novas possibilidades. De acordo com Amarante (1996, p. 95), "a desinstitucionalização torna-se, portanto, um processo, a um só tempo, de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, e de invenção prático-teórico de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o sujeito doente".

Os movimentos anti-manicomiais surgem no Brasil a partir dos anos 80, principalmente inspirados na reforma psiquiátrica Italiana, tendo grande influência e consequência na vida da pessoa, sua família e na sociedade como um todo, pois com o surgimento dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos, os sujeitos não ficam mais isolados, ao contrário, circulam livremente na sua comunidade, família, abrindo espaço para novas formas de tratamento.

Essa nova forma de lidar com a pessoa, inserida na comunidade, levando em consideração seu ambiente familiar, social, vêm de encontro com o conceito de todo, parte fundamental para a compreensão do gestalt terapeuta que trabalha com o campo, que é a relação indissociável da pessoa com o seu meio. Em Gestalt, não faz sentido avaliar o indivíduo isoladamente, tendo como foco somente a sua "doença"; é de fundamental importância observar como é o contato que o sujeito tem com o meio e o meio com ele, para buscar identificar as possíveis interrupções desse campo.

Este trabalho se propõe a resgatar os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil, as novas formas de tratamento propostas por este movimento, algumas concepções sobre a loucura e o olhar gestáltico sobre o tema, residindo aí sua importância, já que nesta abordagem não são encontrados trabalhos específicos sobre esta temática.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO

### 2.1. HISTÓRIA DA LOUCURA

Para entendermos a reforma psiquiátrica e como surgiram as novas formas de tratamento para o portador de transtorno mental torna-se necessário olhar como a loucura foi tratada ao longo do tempo. Como expôs Gonçalves e Sena (2001, p. 49), “a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII”.

Na história da humanidade tudo que era considerado diferente sempre foi colocado fora do convívio social. Até o séc. XVIII existiam várias visões sobre o portador de transtorno mental, só então veio a noção de doença. Durante a Idade Média a loucura era vista como possessão demoníaca e, segundo Tilio (2007), essa forma de entender a loucura deixava o tratamento reservado à esfera da fé e da crença, sendo por isso as práticas de cura as mesmas das expiações dos pecados, como peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, exorcismo, ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação e suplícios, torturas para expiar o demônio e, quando necessário, morte na fogueira.

A segregação sempre foi umas das formas preferidas da sociedade para “cuidar” da diferença. A loucura passa a ser olhada através de uma “nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se ‘o diferente’, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade” (GONÇALVES & SENA, 2001 p. 49).

Nesse momento surgem os asilos, locais construídos não somente para abrigar os loucos, mas todos aqueles que por algum motivo não se adequassem às normas sociais vigentes. De acordo com Tilio (2007, p.197)

“o asilo tinha por função não o tratamento, mas a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando a segregação social e não a cura (o louco foi igualado ao miserável e ao criminoso, que só causavam transtornos à cidade), característica que só mudaria devido aos esforços de Pinel (1745-1826) que concebeu a loucura como um problema médico-social ainda que ligado à moral”.

Com a medicalização da loucura, em meados do século XX, a doença mental passa a ser entendida somente a partir da determinação orgânica / biológica, o meio deixa de ter sua influência. Essa nova perspectiva, ainda segundo Tilio (2007, p. 197), “levou ao desenvolvimento da farmacologização e nova pressão pela hospitalização/internamento do doente como única possibilidade de cura, pois o psiquiatra, desde os fins do século XVIII, tornara-se o local sabedor da loucura, o organizador do espaço da instituição psiquiátrica e da direção do tratamento”. No Brasil, o internamento de pessoas

portadoras de transtornos mentais existe desde à metade do séc. XIX, desde então, atenção aos portadores de transtornos mentais foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Dentro dessa ótica, o hospital psiquiátrico teria como principais características: o controle do tempo, do espaço e das ações dos loucos, não podendo os mesmos decidirem sobre a continuidade ou não de seu tratamento. A consequência disso era a total exclusão social da pessoa, bem como a privação de qualquer responsabilidade sobre a sua vida, já que não tinha mais a possibilidade de fazer escolhas.

A forma de tratamento instituída dentro dos hospitais psiquiátricos ia contra a possibilidade de singularidade, visto a massificação do tratamento, pois dentro dos hospitais eram negados aos pacientes o direito de possuírem objetos pessoais, eram freqüentes as agressões físicas quando não cumpridas as "regras", as técnicas usadas no "cuidado" sempre foram cruéis e visando sempre a contenção; enquadramento forçado em atividades coletivas (horários para banho e alimentação, uso de uniformes e cortes de cabelo). Estas práticas institucionais têm como consequência a despersonalização e perda da identidade das pessoas, tornando-se difícil a reinserção destes na sociedade (TILIO, 2007).

Nos anos 70 surge, no Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica, por um grupo de funcionários da saúde, motivados pela luta antimanicomial italiana e sensibilizado com a crueldade que era cometida com pacientes portadores de transtorno mental em hospitais psiquiátricos.

Com os movimentos de reformulação da assistência psiquiátrica, acontecendo ao redor do mundo, surgiram novas práticas para modificar as realidades asilares, criando novas possibilidades: “onde havia apenas isolamento e exclusão, propõe-se a escuta subjetiva, a convivência comunitária e a cidadania. A reforma psiquiátrica tem como objetivo principal, para além de uma nova clínica, a produção de um novo lugar social para a loucura na tradição cultural brasileira” (Pereira, 2008, p. 1).

Outro passo importante foi dado quando a OMS (Organização Mundial da Saúde), reformulou o conceito de saúde mental como eixo diagnóstico, pois segundo sua nova definição, em 2001, a saúde seria um estado de bem-estar físico, mental e social para-além da ausência da doença.

“Assim, se deu um “alargamento” (e complexização) das concepções sobre saúde/doença: o diagnóstico de transtorno mental feito por um especialista seria insuficiente para instituir a necessidade de tratamento, pois os acometidos/doentes poderiam ter saúde mental (viver bem na rede comunitária) e os não acometidos poderiam padecer da saúde mental em diversos e variados graus” (TILIO, 2007, p. 200).

A partir dos anos 80, com o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), - baseando-se nos princípios: equidade, igualdade, universalidade, o olhar sobre a saúde mental passa a ser revisto. Os recursos que antes eram destinados à manutenção dos leitos nos hospitais psiquiátricos passam a ser direcionados para um modelo substitutivo de base comunitária.

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A reforma psiquiátrica teve início no Brasil no final dos anos setenta, e vem a cada ano ganhando espaço, desenvolvendo novos serviços e novas formas de entender o sofrimento psíquico. A recusa e a crítica ao objetivo do hospital psiquiátrico, e as alternativas propostas para lidar com o sofrimento psíquico no nosso país, tiveram ênfase com o movimento social denominado Psiquiatria Democrática Italiana, no início da década de 1960, cujo representante mais importante foi Franco Basaglia.

Conforme Pereira (2008, p. 3), podemos perceber que o movimento proposto por Basaglia sofreu uma forte influência do existencialismo de Husserl, visto que propõe a idéia de colocar a doença mental entre parênteses. Para Basaglia, "isto não significa negar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas sim uma recusa a se restringir ao objeto que a psiquiatria tradicional denominou de 'doença mental', para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência".

Segundo Gonçalves e Sena (2001, p. 50), o movimento antimanicomial "aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país". Dessa forma, um dos eixos principais da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização com conseqüente diminuição dos leitos psiquiátricos e, substituição por outras práticas terapêuticas como Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Ambulatórios, Programas de Suporte Social, entre outros, visando a reinserção da pessoa na sua família e na sociedade como um todo.

A possibilidade de reinserção social é uma das peças chave da reforma, pois coloca a pessoa novamente em contato com o seu meio e as questões que envolvem seu sofrimento emocional. Todo contato é uma situação nova, isto é, transforma aquilo que já temos e o que viremos a fazer, sendo que é somente através do contato que a pessoa pode resignificar as suas vivências, criando novas possibilidades.

Contato para a Gestalt Terapia é um evento de fronteira. De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 43), "fronteira de contato, onde a experiência têm lugar, não separa o organismo e seu ambiente; em vez disso limita o organismo, o contém e protege, ao mesmo tempo que contata o ambiente". Quanto mais disponibilidade o organismo tiver para o contato mais *awareness* vai ter. O contato está na relação, não é algo que pertence somente a mim ou ao outro. Não sou eu que faço contato, visto que é uma ocorrência espontânea da relação organismo – meio, ou seja, ocorrência de campo. Assim, só existe campo devido ao contato, contato é uma ação, um processo e não um estado.

Antes da reforma, a forma tradicional de se entender as psicopatologias, deixava de lado qualquer contato que a pessoa pudesse estabelecer com o meio a sua volta, o que limitava as possibilidades de intervenção frente ao sofrimento psíquico. A proposta da reforma busca alterar essa visão, tendo "como um dos principais marcadores ver a doença como sofrimento existencial dos pacientes em suas relações com o corpo social

(saúde mental), questionando as próprias práticas institucionais, os diagnósticos deferidos e os tratamentos psiquiátricos proferidos, enfatizando os recursos comunitários e a rede assistencial de apoio para promover a reinserção social” (TILIO, 2007, p. 200).

O movimento da reforma psiquiátrica também tem como um dos seus objetivos desconstruir a idéia de medicalização da loucura, sendo que uma das bases dessa relação é o diagnóstico psiquiátrico, o qual produz efeitos importantes nas trajetórias de vida das pessoas. Segundo Severo e Dimenstein (2009, p. 59), “entendemos que as relações tutelares com a família e os serviços de saúde se estabelecem a partir do momento que o diagnóstico é atestado e a vida passa a ser norteadada pela "existência" do transtorno mental”. O diagnóstico em si não é o problema, mas sim como lidamos com o cliente a partir de então, como ele passa a ser visto tanto pelos profissionais quanto pela sua família e sociedade em geral.

De acordo com Leão e Barros (2008, p. 75), “o sofrimento psíquico começa também a ser compreendido sob uma outra abordagem, em que o sujeito é visto muito além de sua doença, buscando explorar suas potencialidades”. O diagnóstico passa a ser pensado então como diagnóstico inicial, com fins de traçar uma linha de tratamento, mas não como rótulo, como uma sentença. A Gestalt Terapia tem como um de seus fundamentos que o homem é um vir a ser, ou seja, está sempre se modificando, por isso não trabalha-se com a idéia de um diagnóstico fechado. Conforme Frazão (1996, p. 18),

“os critérios diagnósticos têm a função de verificar as características comuns à perda dos mecanismos normais de funcionamento e, com tal objetivo, tem sua utilidade. A

questão é que não são suficientes para o trabalho terapêutico, pois diagnosticar, tendo em vista o trabalho terapêutico, implica ver o homem tanto em suas características comuns, quanto em suas características individuais”.

A Gestalt Terapia pensa em termos de processo, ou seja, o diagnóstico pode ir se modificando ao longo do processo psicoterapêutico, de acordo com as temáticas e situações que o cliente apresenta. Outro aspecto importante quando pensamos o diagnóstico em termos de processo, é que desta forma estamos valorizando e contando com a evolução da pessoa.

Assim, a Gestalt Terapia não trabalha com a idéia de uma estrutura à priori. Ao iniciar um processo terapêutico é importante que o terapeuta entenda o que se passa com aquela pessoa que está a sua frente e, principalmente, que identifique sua real disponibilidade de lidar com essa situação; em outras palavras: o terapeuta tem que escolher se vai ou não trabalhar com aquele cliente.

Tanto a Gestalt Terapia quanto a reforma psiquiátrica ao discutir a questão do diagnóstico, não estão negando a existência da doença, muito menos a necessidade de tratamento, mas sim a forma de lidar com a pessoa que se encontra numa situação de sofrimento. Nesse caso, conforme Rotelli (apud LEÃO & BARROS, 2008, p. 74), “a desinstitucionalização a ser perseguida nos serviços substitutivos é aquela que considera que o problema a ser solucionado é a remoção de barreiras para a reprodução de sentidos, de vida e de sociabilidade, o que significa um processo de singularização e ressingularização das pessoas”.

Como expôs Paiva e Yamamoto (2007, p. 50), “a partir da década de 1990, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil teve grande desenvolvimento, respaldado pelas portarias ministeriais que apontavam para a criação de uma rede de cuidados em saúde mental”. Todas essas alterações na área da Saúde Mental levaram a publicação de resoluções pelo Ministério da Saúde e ganhou força com a aprovação da Lei 10.216 de Paulo Delgado (anexo 1), a qual trata das modificações no modelo de atendimento em saúde mental e dos direitos dos usuários destes serviços. Podemos dizer que essa lei foi uma das grandes vitórias da reforma psiquiátrica, pois pela primeira vez a pessoa que sofre é vista como um cidadão de direitos, que tem responsabilidades e livre arbítrio para escolher o que é melhor para si, inclusive direito de decidir sobre o seu tratamento.

## 2.3 NOVAS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

As formas de tratamento oferecidas aos portadores de transtorno mental passaram por grandes e significativas transformações, passando em definitivo de um modelo baseado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção diversificada, focando a reinserção social. De acordo com Carneiro (2008, p. 213),

“as atuais políticas de saúde propõem o modelo psicossocial para a atenção à saúde mental: uma descentralização dos serviços e uma rede de assistência que inclua domicílio, unidade de saúde, recursos comunitários, pronto-atendimento, ambulatório, oficina terapêutica, centro de atenção psicossocial (CAPS), hospital-dia, hospital integral, residência terapêutica e hospital geral, organizado em uma rede horizontal”.

O tratamento oferecido às pessoas que se encontram em sofrimento emocional se amplia, estabelecendo uma rede de serviços, cada um com uma complexidade, manejo e trabalhos diferentes. Isto mostra a evolução no enfrentamento aos transtornos mentais, pois a estruturação de várias opções de tratamento implica na noção de que cada pessoa tem necessidades, possibilidades e interrupções diferentes, necessitando de atenção e atendimento diferenciados.

Um traço comum entre todas essas novas possibilidades de tratamento é foco na reinserção social, o entendimento que o meio em que a pessoa se encontra tem influência sobre a sua condição de saúde e doença.

Essa nova visão vem de encontro a teoria da Gestal Terapia e a sua forma de ver o homem. De acordo com Ribeiro (1985, p. 95), “a gestalt – terapia afirma que a pessoa deve ser vista como um todo, ou seja, que seu comportamento só se torna compreensível a partir de sua visão dentro de um determinado campo com o qual ela se encontra em relação”.

Considerar a influência do meio sobre as pessoas é fundamental para o entendimento do sofrimento emocional, pois muitas vezes o sofrimento tem haver com a forma que a pessoa se relaciona com o meio em que está inserida, o sofrimento pode aparecer quando a pessoa não se coloca de acordo com o meio, ou porque ela abre mãos das suas necessidades e desejos, ou então não percebe e respeita as necessidades dos outros.

Colocar-se de acordo com o ambiente não significa ter que ceder, mas sim fazer acordos, quando a pessoa faz um acordo ela não se submete ao meio, nem o meio a ela. Fazer acordo é inventar uma forma criativa entre o organismo e o meio. “A situação diz à pessoa onde ela se encontra na sua relação com o mundo exterior. Lidar com a situação de modo não adequado significa expor-se a um risco, às vezes, de difícil controle e solução” (RIBEIRO, 1985, p. 112). Ceder é abrir mão da necessidade, quando isto acontece surge o desconforto. Quando o organismo coloca-se de acordo com o meio ele olha para si, identifica a sua necessidade, percebe-a como diferente da necessidade do meio e cria uma terceira possibilidade.

Dentro deste contexto a reforma psiquiátrica propõe como sua principal estratégia o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o qual tem por finalidade além de fornecer atendimento psicológico e médico, promover a reconstrução dos laços familiares e comunitários, estimulando a reinserção da

pessoa na sua comunidade, estimulando-o a tomar iniciativa e desenvolver autonomia. Segundo Tilio (2007), essa forma de tratamento considera os fatores políticos e biossociais também como determinantes do sofrimento mental, sendo o indivíduo um agente ativo de mudança pessoal e social.

Nesta modalidade de atenção, conforme Leão e Barros (2008, p. 69)

"a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares incide sobre a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Assim, o olhar direciona-se para outros aspectos da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica, não mais tendo a cura como meta das intervenções e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações impostas pelo sofrimento psíquico".

A Gestalt Terapia entende o homem como um ser relacional, dessa forma, a pessoa não pode ser entendida isoladamente, mas sim, todos os seus comportamentos devem ser compreendidos em função do meio no qual ela está inserida.

De acordo com Pereira (2008, p. 6), "entender o homem como um ser cuja vivência singular é construída e re-construída a partir das relações que estabelece com o campo, em um processo ininterrupto de busca de auto-regulação e crescimento, nos permite uma visão mais ampla de suas possibilidades de existência". Nesse aspecto a visão de homem e de mundo apresentada pela Gestalt Terapia, bem como sua forma de compreensão diagnóstica, vem de encontro à proposta do CAPS e fornecem subsídios para a discussão e desenvolvimento dessa nova forma de atuação em saúde mental.

Assim, como expôs Pereira (2008, p. 6), buscamos uma compreensão fenomenológica das formas disfuncionais de existência, "tirando o foco da

investigação das possíveis causas destas manifestações. Ao contrário, buscamos descrever e compreender como as disfunções se apresentam e de que forma estas contribuem para um funcionamento não saudável e insatisfatório do indivíduo como uma totalidade integrada”.

Os CAPS, como novo modelo de atenção, apresenta como preocupação central o "sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana" (LEÃO & BARROS, 2008, p. 68). Ao contrário dos serviços hospitalares psiquiátricos, os quais têm por finalidade de intervenção a doença mental e não a pessoa em seu contexto de vida.

O objetivo do trabalho terapêutico é que a pessoa desenvolva a capacidade de responder ao que acontece com ela em contato com o meio, ela passa a ser responsável pelo que ocorre com ela. Conforme Frazão (1996, p. 45), “a relação que se estabelece entre cliente e terapeuta ocorre num campo e não podemos esquecer que somos uma variável importante deste campo, sendo que tudo aquilo que ocorre ali constitui uma comunicação, seja ela verbal ou não”. Assim, durante o processo terapêutico os profissionais devem ficar atentos não só a comunicação verbal, mas principalmente a não verbal e ao silêncio, que muitas vezes dizem mais do que várias frases ditas pelo cliente.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da reforma psiquiátrica e a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento emocional é muito recente em nosso país se considerarmos séculos de preconceitos e mitos em torno da loucura. No entanto, importantes conquistas ocorreram como o surgimento de leis em prol dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, novas possibilidades de tratamento e enfrentamento ao sofrimento emocional.

Mesmo com todos os aparatos originados com o movimento da reforma psiquiátrica ainda há muita dificuldade, e situações que impedem que os novos serviços funcionem e proporcionem às pessoas as condições favoráveis para o restabelecimento e manutenção da sua saúde. Não basta somente criar novos serviços de atendimento, em substituição aos hospitais psiquiátricos, se os funcionários que lá trabalham não modificarem a sua visão em relação ao sofrimento emocional.

Mesmo estando dentro de um Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo, que tem como ideal promover a ressocialização, a inclusão da pessoa na família e na comunidade, promovendo o desenvolvimento de sua autonomia se os profissionais que lá trabalham não compartilham dessa visão e continuam agindo como se estivessem dentro dos hospitais, tratando as pessoas como se elas não tivessem possibilidades de melhora, não vai haver mudança e as pessoas não terão acesso as possibilidades quer o serviço

poderia oferecer. Fica claro aqui, que não adianta mudar a pessoa de local, se o entendimento sobre ela e o seu sofrimento se mantêm o mesmo.

Essa modificação na forma de tratar a pessoa em sofrimento psíquico se estende à família também. Percebemos que muitas famílias ainda matem a visão anterior a reforma psiquiátrica, não acreditando, nem dando possibilidades de melhora ao seu familiar. Torna-se fundamental um trabalho com essas famílias, pois elas como sendo partes do campo no qual a pessoa está inserida tem grande influencia na condição de saúde / doença do paciente.

Com o movimento da reforma psiquiátrica a loucura saiu de dentro dos muros dos hospitais, tornando-se um problema de saúde pública. Ocorrendo então uma ampla mudança nos serviços públicos em saúde mental, que também teve repercussão na rede privada, promovendo mais cuidado e atenção de toda a sociedade em torno do sofrimento emocional.

Na medida em que novos dispositivos foram criados para atender a demanda de atendimento em saúde mental abriu-se campo de trabalho para novos profissionais, os serviços passam a contar com uma equipe multiprofissional, tratamento que antes se restringia a esfera médica.

Somente a partir da reforma psiquiátrica que a pessoa com transtorno mental passa a ser um cidadão de direitos, este foi um dos principais ganhos, pois com isso vem a busca pela autonomia, auto cuidado e auto estima. A pessoa passa a ser co-responsável pelo seu tratamento.

A reinserção social é um grande salto em relação aos hospitais psiquiátricos, visto que possibilita a manutenção dos vínculos familiares e comunitários. Estando em contato com o meio do qual faz parte a pessoa tem

condições que experimentar novas formas de se relacionar, mantendo a autonomia sob a sua vida e seus atos.

Mesmo a Gestalt Terapia tendo como base da sua teoria questões fundamentais para o desenvolvimento dessa nova visão em saúde mental, praticamente não há material bibliográfico disponível em relação a essa temática.

A Gestalt Terapia têm muito a contribuir com todo esse movimento, pois tem uma visão de homem que vem de encontro com a proposta de reinserção social, trazida pelos novos serviços. Para a Gestalt Terapia o homem é um ser em relação e seu processo de saúde e doença está diretamente relacionado ao meio que ele está incluído e na sua relação com o mesmo. A noção de auto-responsabilização, temática fundamental na Gestalt Terapia, também aparece nas novas discussões em saúde mental, na qual a pessoa passa a ser peça fundamental no tratamento, tendo suas opiniões, especificidades, necessidades e desejos levados em consideração.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. **Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?** Rev. latinoam. psicopatol. [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 208-220.

DE TILIO, Rafael. **"A aquerela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2007, vol.17, n.37, pp. 195-206.

FRAZÃO, L. M. **Pensamento Diagnóstico Processual: uma visão gestáltica de diagnóstico**. Revista do II Encontro Goiano de Gestalt Terapia, nº 02, Ano II. Goiânia, 1996.

GONCALVES, Alda Martins e SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2001, vol.9, n.2, pp. 48-55.

HOSPODAR, Paulo. **Ressocializar é possível? Uma contribuição da Gestalt-Terapia nas atividades de um hospital-dia de uma instituição psiquiátrica**. IGT na Rede [online]. 2009, vol. 6, n 11.

LEAO, Adriana e BARROS, Sônia. **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as**

**possibilidades de inclusão social.** Saude soc. [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 95-106.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2001). **Relatório sobre a saúde mental no mundo.** Retirado em 2 de dezembro de 2009, de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

PAIVA, Ilana Lemos de e YAMAMOTO, Oswaldo H. **Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença.** Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2007, vol.14, n.2, pp. 49-69.

PEREIRA, Mabel. **Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira.** IGT na Rede – Vol 5, n 9, 2008.

PERLS, F; HEFFERLINE, R. e GOODMAN, P. **Gestalt Terapia.** Trad. F. R. Ribeiro. São Paulo: Summus, 1997.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt terapia – refazendo um caminho.** São Paulo: Summus, 1985.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa e DIMENSTEIN, Magda. **O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental.** Estudos psicológicos (Natal) [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 59-67.

# **ANEXO 1**

## LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores

de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

**III - internação compulsória:** aquela determinada pela Justiça.

**Art. 7º** A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

**Parágrafo único.** O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

**Art. 8º** A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

**§ 1º** A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

**§ 2º** O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

**Art. 9º** A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

**Art. 10.** Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

**Art. 11.** Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 12.** O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*