

REFLEXÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A (RE)CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

REFLECTIONS ON THE PSYCHIATRIC REFORM AND THE (RE) CONSTRUCTION OF PUBLIC POLICIES

REFLEXIONES SOBRE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y LA (RE)CONSTRUCCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Angélica Mota Marinho¹
Álissan Karine Lima Martins¹
Helder de Pádua Lima²
Ângela Maria Alves e Souza³
Violante Augusta Batista Braga⁴

RESUMO

Trata-se de estudo reflexivo, realizado por meio da análise de 32 artigos científicos nos bancos de dados LILACS e MEDLINE. O objetivo foi descrever as contribuições dadas pela Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental aos saberes e práticas existentes, bem como discutir os progressos e impasses evidenciados na articulação dos serviços de saúde e na interdisciplinaridade das ações das equipes multiprofissionais. Constataram-se avanços na construção de novas redes de serviços e na promoção de práticas pautadas pelos preceitos da Reforma. No entanto, deparou-se com entraves de cunho político-administrativo e econômico, pertinentes à formação do corpo de profissionais envolvidos na área. Mesmo diante de várias dissonâncias, o estudo foi direcionado para questões e experiências que corroboram preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, podendo servir de reflexão quanto à continuidade da (re)construção do saber-fazer em saúde mental.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Reformas dos Serviços de Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

This is a reflexive study based on the analysis of 32 papers found in LILACS and MEDLINE databases. It aims to describe the contributions of the Psychiatric Reform and the National Mental Health Policies to the knowledge and existent practices, and to discuss the progresses and impasses evidenced in the articulation of health services and in the interdisciplinarity of the multiprofessional teams' actions. There were advances in the construction of new services network and in the promotion of practices based on the reform principles. However, such achievements faced political-administrative and economic obstacles as well as others referent to the formation of the body of professionals involved in the area. Even though there are several dissonances, the study was directed to subjects and experiences that corroborate the Brazilian Psychiatric Reform precepts and it may work as an on-going reflection on the (re) construction of knowledge/practice in mental health.

Key words: Public Health Policies; Health Services Reform; Mental Health.

RESUMEN

Estudio reflexivo realizado mediante el análisis de 32 artículos científicos en las bases de datos LILACS y MEDLINE. Su objetivo fue describir las contribuciones de la Reforma Psiquiátrica y de la Política Nacional de Salud Mental al conocimiento y a las prácticas existentes y discutir los progresos y los obstáculos existentes en la articulación de los servicios de salud y en las acciones interdisciplinarias de los equipos multidisciplinares. Se han comprobado avances en la construcción de nuevas redes de servicios y en la promoción de prácticas basadas en los preceptos de la Reforma. Sin embargo, los logros enfrentan obstáculos político – administrativos, económicos y pertinentes a la formación del cuerpo de profesionales que participan en el área. Aún ante varias discrepancias, el estudio ha estado orientado hacia cuestiones y experiencias que corroboran los preceptos de la Reforma Psiquiátrica brasileña y puede servir como reflexión acerca de la continuidad de la reconstrucción del saber-hacer en salud mental.

Palabras clave: Políticas de Salud Pública; Reforma de los Servicios de Salud; Salud Mental.

* Artigo proveniente das atividades desenvolvidas na Disciplina Enfermagem e as Políticas Sociais e de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

¹ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS – UFC).

² Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Caucaia-Ceará. Mestre em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS – UFC).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS – UFC).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Líder do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS – UFC).

Endereço para Correspondência – ua Ildefonso Albano, 262, apto. 1404, bairro Meireles, Fortaleza-CE. CEP: 60115-000. E-mail: angellykitty@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica surgiu no cenário brasileiro no final da década de 1970 e provocou reflexões sobre a forma como os ditos “loucos” eram tratados pela sociedade. Nesse período, a assistência ainda estava centrada nas internações psiquiátricas e a pessoa em sofrimento mental encontrava-se desprovida de direitos sobre o processo saúde-doença.

Nesse contexto, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM) manifestou-se como primeiro e importante fator de renovação no campo da saúde mental, contribuindo para o estabelecimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil por meio da inserção da estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas nacionais, proposta de influência na democracia italiana de Franco Basaglia.¹

O início das lutas e debates políticos voltados para as transformações no campo assistencial da saúde mental foram representados pelos Encontros do MSTM e as I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental. Com isso houve o incentivo à desmontagem do aparato manicomial e ênfase na implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, além de outras experiências culturais e sociais.²

Em virtude do impulso proporcionado pelas experiências de criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), a Região Sudeste se destacou com a criação do primeiro CAPS, como também com a elaboração do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado. O projeto dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória.

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde, sob a influência desse projeto de lei e das experiências exitosas, elaborou duas portarias: a Portaria nº 189/91, que possibilitou o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo CAPS, NAPS, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, até então inexistentes; e a Portaria nº 224/92, que estabeleceu as condições de funcionamento dos serviços de saúde mental, dando maior reforço para o fechamento de serviços hospitalares precários.³

Em abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, influenciando o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e a consequente substituição por leitos em hospitais gerais e outros dispositivos. Isso contribuiu para progressiva desospitalização de pacientes portadores de transtornos mentais e a inserção deles em novos serviços propostos pelo processo de Reforma.⁴

Nessa realidade de crescimento dos serviços substitutivos e incentivo às ações integrais em saúde, na qual se conta

com vários profissionais de saúde nos CAPSs, NAPSs, hospitais-dia, residências terapêuticas, dentre outros, ressaltou-se a importância das articulações com outros serviços situados no campo da saúde com vista a prestar uma atenção de qualidade às pessoas em sofrimento psíquico. Outro aspecto relevante relaciona-se à inserção do componente psíquico na atenção geral da clientela, no intuito de proporcionar cuidados integrais à população.

Quanto aos componentes dos cuidados em saúde mental em todos os níveis de atenção, são assim especificados, conforme Costa⁵: as Unidades Básicas de Saúde (UBASFs), comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua na comunidade, hospitais gerais e psiquiátricos, hospitais-dia, serviços de emergências, clínicas especializadas no tratamento de dependentes químicos, casas de apoio e convivência e moradias assistidas.

Mesmo com a criação de inúmeros serviços, ainda são limitadas as experiências sobre como se dá a articulação da saúde mental com os demais dispositivos de saúde e o modo de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica nas práticas. No campo jurídico, é visível a desarticulação na rede de saúde quanto à abordagem da atenção à saúde mental e à persistência de práticas do modelo biomédico. Desse modo, comprometem-se algumas mudanças rumo à integralidade e à humanização da assistência.

Em virtude disso, pergunta-se: Até que ponto os princípios propostos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica têm contribuído para a construção de novos saberes e práticas em saúde mental? Como vem ocorrendo, atualmente, a articulação entre os serviços de saúde e saúde mental no que diz respeito às metas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental?

Diante desses questionamentos, desenvolveu-se este estudo, com os seguintes objetivos: refletir sobre as contribuições da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental aos saberes e práticas e analisar os progressos e impasses evidenciados na articulação dos serviços de saúde e na interdisciplinaridade das ações das equipes multiprofissionais.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo reflexivo realizado pelo levantamento nos bancos de dados LILACS e MEDLINE de publicações utilizando os descritores “reformas dos serviços de saúde” e “saúde mental”, mediados pelos indicadores booleanos *and*. Foram encontradas, neste primeiro momento, 95 produções na LILACS e 30 na MEDLINE.

Para o refinamento do material científico encontrado, foram adotados os critérios de inclusão: artigos aos quais se tivesse acesso na íntegra e incluídos entre 2000 e 2008, período mais próximo às conquistas no campo da saúde mental na realidade brasileira. Ao final, foram agrupados 32 artigos na íntegra, que versavam sobre aspectos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O período de coleta de dados abrangeu os meses de outubro, novembro e dezembro de 2008. Para a análise dos dados foram feitas leituras exploratórias, seletivas, analíticas e interpretativas. Os resultados foram reflexões contemplando aspectos dos preceitos das políticas de saúde e de saúde mental tendo por base o movimento de Reforma Psiquiátrica.

REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM FOCO

Políticas públicas em saúde mental: o que mudou com o paradigma da Reforma Psiquiátrica?

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi responsável por modificações significativas na assistência às pessoas portadoras de distúrbios mentais. Com as práticas de desospitalização e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a pessoa em sofrimento psíquico tem como proposta mais autonomia em seus direitos. Assim, gradativamente, assume postura ativa em seu processo de tratamento, no contexto onde vive.

Resgata-se, portanto, o aspecto da cidadania das pessoas em sofrimento mental, de forma a garantir a participação dos usuários dos serviços sobre a sua saúde e os demais aspectos de vida. Com isso, esse sujeito passa a engajar-se como detentor de contratualidade social, sendo capaz de intervir nas relações presentes nas redes sociais de cuidado como as instituições de saúde, a comunidade, a família, dentre outros.⁶

Essas conquistas decorreram de lutas e reivindicações dos trabalhadores da saúde mental e grupos sociais organizados, e culminaram na elaboração de declarações, projetos de lei e, mais tarde, na promulgação de leis que viessem garantir atendimento de qualidade a essas pessoas, baseado em uma lógica de reabilitação e reinserção social.⁷ Em termos de Brasil, esse processo vem acontecendo de forma gradativa, nem sempre com o ritmo e a qualidade desejados.

Acompanhando o contexto, o Movimento de Luta Antimanicomial propicia significativas contribuições. Para Luchmann e Rodrigues,⁸ o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial consta como instância política incluída em um processo mais amplo de mudanças sociais para o combate à exclusão do sofrimento mental. Nela se envolvem diferentes atores, dentre eles trabalhadores em saúde mental, usuários, familiares, membros da comunidade e instituições, na busca de transformação das condições, relações e representações acerca da doença mental na sociedade. Destaque-se, sobretudo, o papel de corresponsabilidade de cada agente para o alcance de maior qualidade de assistência às pessoas em sofrimento psíquico, seja por meio de novas práticas, seja mediante serviços de assistência.

A experiência pioneira de estruturação de serviços substitutivos iniciou-se no Estado de São Paulo, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987. A proposta foi antecedida

pela ampliação da rede de assistência extra-hospitalar, com a inclusão de ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde e a estruturação de novos ambulatorios. Isso permitiu a hierarquização desse serviço com os demais componentes da rede de atenção em saúde, proporcionando perspectivas para a atenção integral.⁹

Em seguimento a essas tendências, surgiu o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, em 1989, como resposta à reorganização da assistência em saúde mental, que vinha sendo reestruturada a princípio nos hospitais psiquiátricos com base na humanização das práticas. Com isso, houve necessidade de aproximar os trabalhadores de saúde mental e usuários em novos espaços, proporcionando a abertura para integração da comunidade e dos familiares no processo de atenção a essa clientela.

Como explicitam Luzio e L'Abbate,⁹ as conquistas alcançadas no campo da assistência em saúde mental nas cidades de São Paulo, Santos e Campinas só foram possíveis em virtude do comprometimento da gestão com projetos que superassem os dispositivos assistenciais do antigo modelo biomédico e proporcionassem a aproximação com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Apesar do progresso conquistado em algumas localidades do País, muitos dos ganhos passam pelo processo de descontinuidade político-administrativa, o que gera retrocessos e distorções. Desse modo, considera-se fundamental o compromisso político dos gestores, das equipes de saúde, dos usuários e da comunidade, no intuito de garantir e legitimar as conquistas e seus impactos na atenção em saúde mental.

Paiva e Yamamoto¹⁰ destacam os avanços ocorridos na assistência à saúde mental da cidade de Natal, enfatizando os esforços dos trabalhadores em busca de práticas extra-hospitalares humanizadas. Nessa realidade, foi necessário o enfrentamento das oposições advindas da indústria da loucura, representada pelos donos de hospitais psiquiátricos, e a estagnação das práticas recentes, evidenciadas pelo pouco incentivo político dos gestores na área.

Assim como a cidade de Natal-RN, a cidade de Barbacena-MG também sofreu modificações significativas no contexto de assistência psiquiátrica, marcadas por fortes práticas hospitalocêntricas e desumanas que, durante muito tempo, motivaram-lhe a denominação de "Cidade dos Loucos". Diante da situação, o município passou a ser alvo de tentativas de inovações da gestão pública, com a busca da implementação de ações condizentes com os preceitos da Reforma.¹¹

Alvarenga e Novaes¹¹ analisaram a relação de cooperação firmada em Barbacena entre o gestor público e uma instituição de terceiro setor na construção e gestão de residências assistidas. Segundo identificado, essa experiência segue a tendência inovadora na modalidade de gerenciamento do setor saúde, indicando interesse em modificações assistenciais, como preconizam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, apesar de a Reforma Psiquiátrica brasileira representar um processo de transformação do modelo de cuidados psiquiátricos, passando a centrar sua lógica na construção de saberes e práticas em serviços comunitários de saúde mental, alguns impasses podem ser ressaltados no cenário nacional. Mencionam-se, particularmente, a má distribuição da cobertura dos serviços de saúde mental no País e a precariedade na qualidade e na humanização da assistência, sobretudo quando questões específicas são retomadas, como os direitos de pessoas com transtorno mental autoras de delitos.¹²⁻¹⁴

No Brasil, um exemplo das intervenções oferecidas a essas pessoas estão concentradas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que possui bases no modelo hospitalocêntrico, desvinculado da rede de serviços em saúde mental, contribuindo para a segregação e exclusão dos seus usuários. Parte disso deve-se ao subdesenvolvimento da Psiquiatria Forense nos países latino-americanos, praticada, muitas vezes, por profissionais não especializados na área.¹⁵⁻¹⁷

Percebe-se que o sistema de saúde tem disponibilizado o maior número de modalidades de tratamento, contudo a cobertura dos serviços comunitários ainda é escassa e a reforma da assistência em psiquiatria não está sendo acompanhada pelo adequado investimento público.¹³

Inegavelmente, a qualidade da assistência, assim como a humanização de práticas nos serviços específicos, está ocupando lugar de destaque no processo de Reforma e no discurso dos profissionais da área, norteando os caminhos por onde deve trilhar a atenção. Apesar disso, alguns dos direcionamentos atuais são contraditórios quando analisados à luz dessas questões.

Embora o discurso gire em torno da humanização e da garantia de autonomia aos pacientes, as atitudes de vários profissionais ainda refletem a formação biologicista, centrada na doença e no processo de causa e efeito, sem a devida valorização dos saberes e das habilidades inerentes a cada sujeito em situação de distúrbio ou sofrimento psíquico.¹²

Distingue-se a priorização de novos modelos aptos a subsidiar a formação de profissionais em saúde, segundo referencial que atenda aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). Aliado a isso, tem-se a necessidade de incorporar novos ambientes para o desenvolvimento de experiências positivas no campo da atenção psicossocial e da clínica ampliada, rompendo com o paradigma biologicista.¹⁸⁻¹⁹

Desse modo, segundo se percebe, apesar de haver incentivos, desde a década de 1980, para mudanças nas práticas em saúde mental e na construção da rede de atenção na nova perspectiva, é preciso avançar ainda em alguns aspectos, pois parte significativa dos caminhos a trilhar depende de decisão política dos gestores. Contudo, a participação popular e o controle social se fazem essenciais, pois muitas das conquistas evidenciadas no campo da assistência em saúde mental só foram conseguidas em decorrência dos movimentos que reuniram vários segmentos sociais organizados.

A família também passa a ser importante incentivador das práticas humanizadas de saúde, em parceria com os serviços. São necessárias, porém, intervenções que proporcionem aos familiares a execução de seu papel de cuidadores, como também o acolhimento adequado das possíveis demandas surgidas diante da presença do transtorno mental no contexto familiar.²⁰

Para que a Reforma Psiquiátrica avance e ocupe novos espaços, os discursos devem se concretizar em práticas que se configurem de acordo com a nova lógica de superação do modelo anterior, no qual seja posta em foco a existência-sofrimento da pessoa, respeitando-lhe o direito às diferenças e reconhecendo-lhe a cidadania. Nessa perspectiva, a rede de atenção em saúde mental deve ser construída com base na interdisciplinaridade e na existência de um projeto terapêutico individualizado, voltado para a assistência humanizada, com preceitos técnicos e éticos adequados.

Novos serviços e as práticas em saúde mental nos dias atuais

Desde a década de 1990, observam-se esforços dos gestores e dos trabalhadores de saúde mental em atuar na rede substitutiva. Nesse caso, incorporam-se os serviços extra-hospitalares como os NAPs, as residências terapêuticas, as associações de usuários, os CAPs, dentre outros que, como novos espaços de cuidado, refletem os preceitos de reabilitação e reinserção trazidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica.

Dentre os vários NAPs, o da cidade de Santos-SP sobressai como serviço pioneiro, surgido com o movimento de Reforma no Brasil. Koda e Fernandes²¹ ressaltam características humanizadas desse serviço, tais como o acolhimento, a escuta e a criação de vínculos. Com isso, as intervenções com os usuários se dão de modo eficaz, pois os auxiliam na construção de seus projetos de vida, ao ampliar-lhes a autonomia, a contratualidade social e a qualidade de vida.

As residências terapêuticas são descritas como dispositivos criados para a promoção da humanização do espaço asilar, disseminadas gradativamente na sociedade, com vista a garantir espaços de moradia para aquelas pessoas cronificadas pelo transtorno mental e que residem em hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares ou incapazes de se reinserir na família. De acordo com Belini e Hirdes,²² as residências contribuem para o resgate da autonomia dessas pessoas, constituindo uma ferramenta poderosa no processo de reabilitação psicossocial. Contudo, deve-se repensar as práticas desenvolvidas em serviços como esses para evitar a simples reprodução do modelo asilar em um novo espaço instituído.²³

Os CAPs aparecem como serviços estratégicos para a disseminação do ideário de atenção psicossocial baseados nos conceitos de reabilitação, reinserção e integração e em um modelo de cuidado integral. Tem-se, desse modo, a construção de práticas segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica com a ênfase no indivíduo e nas suas necessidades.^{24,25}

Desde o final da década de 1980, observa-se a implantação progressiva de espaços extra-hospitalares e a efetivação da mudança no modelo assistencial, além da incorporação de outras categorias profissionais na assistência ao portador de transtorno mental. Oficializou-se, assim, o papel do CAPS como instituição substitutiva aos hospitais psiquiátricos pela Portaria nº 336/02, por meio da qual foram criadas três modalidades desse serviço (CAPS geral, CAPSi e CAPSad), que passaram a proporcionar assistência à clientela psiquiátrica segundo suas especificidades.³

De acordo com dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde de 2000 a 2009, houve incentivo aos gestores para a expansão da rede de CAPSs nos municípios de grande porte. Como resultado, atualmente o Brasil conta com 1.541 desses serviços, distribuídos nas seguintes modalidades: 725 CAPSs I, 402 CAPSs II, 46 CAPSs III, 122 CAPSis e 242 CAPSads.²⁶

Nos CAPSs, percebe-se a ênfase no trabalho baseado na interdisciplinaridade, no cuidado comunitário com base nas demandas e no engajamento das redes sociais para o incremento da qualidade da assistência, a abertura e a flexibilização das relações entre técnicos e demais atores envolvidos e o comprometimento sociopolítico. No entanto, persiste o desafio da superação do descompasso entre o preconizado pela teoria e a preponderância de modelo ainda centrado na medicalização da assistência e na continuidade dos estigmas enfocando a periculosidade associada ao adoecimento mental, além de outras questões.^{27,28}

Atualmente, a articulação entre os CAPSs e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido bastante divulgada, e os primeiros serviços são ressaltados como aqueles que devem assumir o papel de promotores de experiências de autonomia responsável, e não de laços de dependência, encontrando na atenção básica oportunidades de reinserção dos indivíduos no contexto comunitário das relações.^{29,30}

Segundo Souza,²⁹ talvez um dos grandes desafios dessa articulação seja “capacitar” tanto as equipes de saúde da família quanto a dos novos serviços de saúde mental para um pensar e agir voltados para a atenção psicossocial, de modo que isso possa incentivar os usuários desses serviços na busca de sua autonomia e de seus direitos.

No entanto, a construção de saberes e práticas nessas instituições torna-se uma tarefa desafiadora, pois existem barreiras a transpor, tais como as prováveis angústias e os desgastes das equipes multiprofissionais, cujos membros divergem na forma de pensar e trabalhar a saúde mental dos usuários nos serviços; a escassez de capacitação dos profissionais da atenção básica para intervir no caso de pessoas em sofrimento mental; e a interferência dos interesses comerciais vinculados ao adoecer mental, mediante a luta ferrenha contra o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos.^{25,27,30-33}

Nos CAPSs, pode haver também o processo de cronificação e reprodução de lógicas manicomialis,

sobretudo em face da pouca importância atribuída por alguns gestores e trabalhadores da área de saúde mental à assistência desenvolvida nessas instituições. Faz-se, pois, necessária a constante avaliação das práticas para que respondam aos propósitos norteados pela Reforma Psiquiátrica.³⁴

Apesar das propostas do movimento de Reforma, a realidade aponta entraves para a efetivação política desses serviços. Evidência disso foi vista no CAPS “Nossa Casa”, referência na rede de serviços de saúde mental do Estado do Rio Grande do Sul, que até 2005 passava por uma série de dificuldades decorrentes do descaso do Poder Público quanto ao repasse de recursos financeiros necessários para a efetivação do funcionamento do serviço.²⁸

Ao se reportarem à articulação dos serviços substitutivos de saúde mental, Alvarenga e Novaes¹¹ mencionaram a cidade de Barbacena-MG como um dos municípios que revolucionaram sua atenção à saúde mental. Justifica-se a referência, pois essa cidade investiu em serviços voltados para as práticas de desinstitucionalização, tais como: CAPSs, hospitais-dia, prontos-socorros, que incluem o atendimento às emergências psiquiátricas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais; centros de convivência, destinados não somente aos usuários de saúde mental, mas a toda comunidade; e, ainda, as residências terapêuticas, que têm sido ferramentas de valioso significado na desospitalização de usuários crônicos e o Programa Saúde da Família (PSF), com destaque para a articulação da equipe de saúde da família com a de saúde mental.

Assim, a atenção básica é mencionada como porta de entrada do usuário no sistema e se reconhece a importância da interconexão que deve existir entre as Unidades Básicas de Saúde da Família e os CAPSs. Uma das experiências promissoras é a desenvolvida na cidade de São Paulo, onde ocorre atuação conjunta da equipe de saúde da família e de saúde mental, havendo a troca de experiências baseada em seus saberes e nas práticas com a construção de laços de apoio mútuo diante das demandas específicas em saúde mental na comunidade.^{29,30}

Apesar do apontado, conforme ainda visto em alguns serviços, os trabalhadores de saúde atuantes na atenção básica continuam inseguros para lidar com ações de saúde mental no cotidiano. Diversos fatores contribuem para essa realidade, como a deficiência da capacitação nessa área, a demanda exacerbada, o acúmulo de papéis dos profissionais, dentre outros motivos.

Profissionais como os agentes comunitários de saúde (ACSs) enfatizaram o uso da escuta como instrumento utilizado nas visitas domiciliares aos portadores de distúrbio psíquico, entretanto não o reconheceram como modo de intervenção em saúde mental. Alguns profissionais mostraram, nos discursos, alguma dependência da prática médica, referindo que a busca pelas prescrições ou mesmo pelo próprio médico é a primeira conduta tomada quando se está diante de casos de transtornos mentais.³⁰

Os conceitos contemporâneos sobre a saúde mental giram em torno do preconizado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, sobretudo ao enfatizarem a importância de aspectos como a integralidade e a intersectorialidade entre os serviços e as práticas. Contudo, quando se trata da descrição das práticas profissionais, persiste a assistência inadequada, ainda sob influência biologicista, com o predomínio do saber médico e de medidas institucionalizadoras.^{17,25,32,35,36}

Outro fato decisivo é que alguns profissionais, ao serem incentivados a trabalhar de forma interdisciplinar, tendo suas ações para o cuidado em comunidade, apresentam dificuldades em lidar com a adaptação segundo o paradigma vigente, pois isso envolve complexas questões filosóficas e existenciais, que não mudam repentinamente.^{25,37,38}

Apesar de haver lacunas a preencher, é notória a elaboração de políticas públicas significativas que incentivem novas práticas pautadas em paradigmas focados na Reforma Psiquiátrica, na qualidade de vida e na reabilitação psicossocial.

Com isso, os profissionais que atuam e militam no campo da saúde mental têm procurado modificar suas ações mediante troca de vivências, de saberes e de práticas, tentando inserir nas discussões os usuários de serviços, seus familiares e pessoas da comunidade. Avanços ainda poderão ser observados quanto à integralidade das ações e à interdisciplinaridade, vislumbrando uma rede de serviços consolidada e articulada, principalmente, no quesito das referências e contrarreferências, as quais, em muitas experiências, ainda se mostram sem a sistematização e deficientes em termos de execução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado, as percepções e o conhecimento em saúde mental caminham de acordo com o preconizado, em especial por enfatizarem a implantação de novos serviços e a importância do trabalho articulado, objetivando a garantia de assistência integral e hierarquizada ao usuário e sua família, o que proporciona, também, o respeito à cidadania e à autonomia dessas pessoas.

A despeito do crescimento progressivo da rede de serviços, apontam-se a localização inadequada das suas

instituições componentes e a carência de capacitação adequada dos profissionais nelas atuantes como impasses preocupantes, que dependem da vontade política dos governantes. Além disso, existe falha notória no sistema de referência e contrarreferência.

Mesmo assim, os trabalhadores de saúde mental estão cada vez mais conscientes da necessidade de reivindicar melhorias para suas condições de trabalho e de assistência; eles percebem a importância da interdisciplinaridade e do enfoque na reabilitação psicossocial, embora muitas de suas percepções contrastem com suas práticas ainda pautadas por parâmetros do modelo biomédico.

Pressupõe-se que a persistência do modelo flexineriano relacione-se com os resquícios de uma formação biologicista, na qual o interesse por práticas humanizadas era escasso ou mesmo inexistente e a assistência extra-hospitalar à saúde prestada encontrava-se fora de cogitação. Contudo, notam-se o interesse e o esforço coletivo pela associação teórico-prática, que não envolve somente o interesse individual do trabalhador, mas a ação política e a efetiva participação popular.

A existência do novo paradigma de saúde mental faz-se notória nos recentes estudos na área, uma vez que trazem discussões relevantes sobre questões como: promoção da saúde mental; reabilitação e reinserção social; cidadania e direitos dos pacientes com transtornos psíquicos; saberes e práticas atuais de saúde mental; novas tendências do ensino em saúde mental; dentre outras.

Com essa finalidade, a despeito da existência de várias dissonâncias, espera-se que este estudo direcione maiores reflexões para questões e experiências aptas a corroborar os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, vindo a servir de estímulo para a continuidade da reconstrução do saber-fazer em saúde mental como um processo de ganhos a cada oportunidade proporcionada por práticas profissionais e necessidades da clientela assistida.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. 324 p.
2. Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. 136 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340 p.
4. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira MA. Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2008; 11(1): 21-7.
5. Costa EMA. Saúde mental: a violência, o álcool, e as drogas. In: Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004. 195 p.
6. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na Reforma Psiquiátrica. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(1):191-203.

7. Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):207-11.
8. Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):399-407.
9. Luzio CA, L'abbate S. A Reforma Psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface Comum Saúde Educ.* 2006; 10(20):281-98.
10. Paiva IL, Yamamoto OH. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos.* 2007; 14(2): 549-69.
11. Alvarenga LT, Novaes CO. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos.* 2007; 14(2):571-93.
12. Dimenstein M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol Ciênc Prof.* 2004; 24(4):112-7.
13. Andreoli SB, Almeida Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is Psychiatric reform a strategy for reducing the mental health burget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(1):43-6.
14. Correia LC, Lima IMSO, Alves VS. As autoras respondem: direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(9):2010-2.
15. Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. *Rev Latinoam Enferm.* 2000; 8(1):13-21.
16. Botti NCL, Cotta EM, Célio FA. Visita ao museu de loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(1):52-7.
17. Castro RCBR, Silva MJP. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da Reforma Psiquiátrica. *Acta Paul Enferm.* 2002; 15(2):55-64.
18. Abdalla Filho, Bertolote, J. M. Sistemas de psiquiatria forense no mundo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28 (supl 2):56-61.
19. Correia LC, Lima IM, Alves VS. Direito das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(9):1995-2002.
20. Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. *Rev Enferm UERJ.* 2005; 13:390-5.
21. Koda MY, Fernandes MIA. A Reforma Psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um Núcleo de Atenção Psicossocial. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(6):1455-61.
22. Belini MG, Hirdes A. Projeto Moradia São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(4):562-9.
23. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saúde Soc.* 2007; 16(3):102-10.
24. Alverga AR, Dimenstein M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):299-316.
25. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1):188-96.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – em 25 de junho de 2010. [Citado 2010 ago 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf.
27. Garcia MLP, Jorge MSB. Vivência de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans– Georg Gadamer. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 11(3):765-74.
28. Nunes JAB. Para além dos “muros” da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. *Psico (Porto Alegre).* 2005; 36(3):293-8.
29. Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(4):703-10.
30. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(10):2375-84.
31. Silva ATMC, Silva CC, Ferreira Filha MO, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(4):411-5.
32. Antunes SM, Queiroz MS. A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(1):207-15.
33. Rodrigues J, Brognoli FF, Spricigo JS. Associação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(2):240-5.
34. Onocko Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(5):1053-62.
35. Machado AL. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(2):483-91.
36. Prandoni RFS, Padilha MICS, Spricigo JS. A Reforma Psiquiátrica possível e situada. *Rev Enferm UERJ.* 2006; 14(3):357-65.
37. Ribeiro AM. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psychê.* 2005; 9(16):165-82.
38. Freitas FFP. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos.* 2004; 11(1):75-91.

Data de submissão: 7/10/2009

Data de aprovação: 17/12/2010