

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

PATRÍCIA RODRIGUES PEREIRA DE SOUZA

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

BRASÍLIA – DF

2015

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

PATRÍCIA RODRIGUES PEREIRA DE SOUZA

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

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

Orientado por: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA – DF

2015

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

PATRÍCIA RODRIGUES PEREIRA DE SOUZA

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

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

Data: ____/____/____

Nota: _____

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

Prof.
Avaliador 1

Prof.
Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

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



Dedico ao meu esposo Cristiano e a meus filhos Luís Gustavo e Ana Luíza pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior eivado pela acendrada confiança no mérito e apoio incondicional.

A minha família por terem me incentivado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo Cristiano e a meus filhos Luís Gustavo e Ana Luíza, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

A saúde mental constrói-se em pequenos gestos, com uma conversa de jantar, com um ambiente seguro e apaziguador em casa e na escola, com um aconchegar na cama, um tempo de qualidade de brincadeira de 10 minutos em cada dia. A saúde mental de cada criança e jovem constrói-se na resposta às suas ansiedades e no desenvolvimento da tolerância à frustração, no ensinar e aprender a saber esperar, a ouvir um não, a ter regras. Constrói-se em cada momento em que estamos em relação com os nossos filhos. Por isso, cada momento deve ser avaliado cuidadosamente, cuidado e aproveitado. (Autor desconhecido)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi elaborada a partir do material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet. Abordando o tema a Estratégia de Saúde da Família e os cuidados de enfermagem em saúde mental, discorrendo sobre as políticas de saúde mental no Brasil, a regulamentação de atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, o papel estratégico dos CAPS na atenção de saúde mental, breve histórico da saúde mental, o fim da exclusão, cuidados de enfermagem em saúde mental, breve histórico da loucura no Brasil, a reforma psiquiátrica brasileira, saúde mental na estratégia de saúde da família e a enfermagem em saúde mental na ESF.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Cuidados de enfermagem. Saúde mental.

ABSTRACT

This is a bibliographic research, qualitative approach. The literature was drawn from already published material, consisting mainly of books, journal articles and currently with material available on the internet. Addressing the theme of the Family Health Strategy and nursing care in mental health, discussing the mental health policies in Brazil, regulation of psychosocial mental health care in Brazil, the strategic role of CAPS in mental health care, brief history of mental health, an end to exclusion, nursing care in mental health, brief history of madness in Brazil, the Brazilian psychiatric reform, mental health in the family health strategy and mental health nursing in the ESF.

Keywords: Family Health Strategy. Nursing care. Mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Metodologia.....	11
2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	13
2.1 A regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil.....	14
2.2 O papel estratégico dos CAPS na atenção a saúde mental no Brasil.....	18
3 SAÚDE MENTAL.....	23
3.1 Breve Histórico da Saúde Mental.....	23
3.2 Fim da exclusão.....	28
4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	37
4.1 Breve Histórico da Loucura no Brasil.....	37
4.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	38
4.3 Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.....	41
4.4 Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental na ESF.....	43
5 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Os princípios da ESF preconizam maior aproximação entre usuário e profissionais, na prática não atendem às necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. O enfermeiro, dada às características de sua formação pode perceber melhor o indivíduo na sua integralidade, o que favorece uma atuação diferenciada no âmbito da saúde/ transtorno mental, mesmo quando esta formação não é específica nesta área. Sendo assim, faz uso de habilidades e conhecimento científico para compreender, acolher e apoiar as pessoas com transtorno mental e sua família. Com base nesta situação considera-se uma das atribuições do enfermeiro, atuar na promoção da saúde mental de pessoas e familiares atendidos pela ESF (REINALDO, 2008).

Atender pessoas com transtornos mentais e sua famílias é uma ação primordial na ESF da qual não se pode nos furtar, pois a pessoa com transtorno mental passa a maior parte do tempo na comunidade. Isto decorre da desinstitucionalização que se iniciou em 1980 no Brasil, com o movimento de reforma psiquiátrica, que propõe substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas ou científicas, jurídicas, assim como modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2010, o acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 44% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares nessa área aumentaram em relação aos gastos hospitalares. No ano de 2009, por exemplo, 67,7% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias (BRASIL, 2010).

Toda esta mobilização que vem ocorrendo desde 1980 e que se intensificou após a promulgação da Lei nº 10.216/01, que tem por objetivos a redução do número de pacientes internados e do tempo de internação, além de propor a

participação das famílias e da comunidade na assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Essa importante mudança no Sistema de Saúde do País caracteriza um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental, de modo que a família passa a ser vista, como elo no tratamento das pessoas. Ademais, gradativamente, emergem novas estratégias que favorecem a participação coletiva, reconhecendo a importância da família na atenção à saúde mental e inserindo-a no projeto terapêutico, afim de melhorar a qualidade de vida, tanto para quem é cuidado como para quem cuida (REINALDO, 2008). A ESF representa a possibilidade de reverter uma situação culturalmente imposta, o isolamento da pessoa com transtorno mental, e também, promover a saúde mental da população com ações básicas que promovem, recuperam, reabilitam e reinserem por meio de visitas domiciliares e atividades em grupos, entre outras.

Este trabalho está dividido da seguinte forma: no tópico 2 fala sobre políticas de saúde mental no Brasil, a regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, o papel estratégico dos CAPS na atenção a saúde mental no Brasil.

No tópico 3 aborda a saúde mental, breve histórico da saúde mental, o fim da exclusão.

No tópico 4 relata sobre os cuidados de enfermagem em saúde mental, breve histórico da loucura no Brasil, reforma psiquiátrica brasileira, a saúde mental na ESF, e a enfermagem em saúde mental na ESF, finalizando com a conclusão.

1.1 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa. Gil (2010) reforça que a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir do material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet.

Minayo (2007, p. 21), corroborando com o citado, diz que a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

O levantamento bibliográfico foi realizado no banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), e livros e periódicos que tratam do assunto. Para tanto utilizou como descritores os termos: saúde da família, saúde mental, cuidados de enfermagem, sendo selecionados os artigos originais, que estavam disponíveis na íntegra, além de livros que tratam sobre a temática abordada.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O conceito de loucura é uma construção histórica, antes do século XIX não havia o conceito de *doença mental* nem uma divisão entre razão e loucura. O trajeto histórico do Renascimento até a atualidade tem o sentido da progressiva separação e exclusão da loucura do seio das experiências sociais (FERNANDES e MOURA, 2009).

A população que sofre de algum *transtorno mental* é reconhecida como uma das mais *excluídas socialmente*. Essas pessoas apresentam redes sociais menores do que a média das outras pessoas. Para Fernandes e Moura (2009) a segregação não é apenas fisicamente, permeia o corpo social numa espécie de barreira invisível que impede a quebra de velhos paradigmas.

Vários estudos demonstram que a pessoa que sofre de transtorno mental severo e persistente, quando inserido em redes fortes de troca e suporte apresentam maior probabilidade de êxitos positivos no tratamento (MANGUIA e MURAMOTO, 2007).

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituído no Brasil pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90. Leis, Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário.

Nos anos 70 dá-se início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste

período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período no município de Santos são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas; são criadas cooperativas; residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

2.1 A regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros

CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Essa Portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar; podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (BRASIL, 2005).

A Portaria GM 224/92 proíbe a existência de espaços restritivos e exige que seja resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes.

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS; e as normas para fiscalização e classificação dos *hospitais psiquiátricos* não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. O processo de redução de leitos em *hospitais psiquiátricos* e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005).

A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

A Portaria 106 propõe as Residências Terapêuticas como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, sendo que a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência

Terapêutica será reduzido ou descredenciado do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital.

É somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social.

A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, esse evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país (BRASIL, 2005).

A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

A Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Em 2004 foi realizado em São Paulo o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Em fevereiro de 2005 a Portaria nº 245 destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006 instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. E a Lei 11343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas -

Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

2.2 O papel estratégico dos CAPS na atenção a saúde mental no Brasil

Os Centros de Atenção Psicossocial dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007). Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2005).

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte

social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele (Terapeuta de Referência - TR) (BRASIL, 2004).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual. Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: atendimento Intensivo; atendimento Semi-Intensivo e atendimento não intensivo (BRASIL, 2004).

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de

trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Todas as ações e atividades realizadas no CAPS devem se estruturar de forma a promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) em relatório sobre a atuação dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial fala sobre as principais dificuldades enfrentadas no trabalho nos CAPS.

Dentre os principais problemas apontados pela pesquisa estão: a ausência de políticas locais (estaduais e municipais) e de investimentos nos CAPS e nos equipamentos de saúde mental; dificuldades na articulação com o Ministério da Saúde; em algumas regiões os municípios ainda estão com muitas dificuldades em implantar e administrar os Centros; a falta de recursos; a permanência de um modelo de atenção centrado na figura do médico; resistência por parte de alguns psiquiatras, que se posicionam como contrários ao movimento da Reforma Psiquiátrica por medo de perder espaço; a dificuldade de realizar atividades extramuros (BRASIL, 2005).

Em todos os relatos da pesquisa a questão da desarticulação ou mesmo inexistência de uma rede ampliada de atenção aos usuários dos CAPS foi apontada como uma das grandes dificuldades do trabalho neste contexto. Enfrenta-se a falta de integração entre os serviços existentes; dificuldades na atribuição das competências e atribuições de cada unidade de saúde; ausência de uma rede articulada (uma estratégia utilizada para o encaminhamento é o uso das relações entre os profissionais das diferentes instituições). Para o CFP (2009) os relatos indicam que o CAPS é referência para outros serviços, porém há muita dificuldade de que estes serviços funcionem como referência para os CAPS.

A ausência de uma rede de serviços de atenção a saúde mental da criança foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em CAPS infantil. Problemas também foram relatadas especificamente no atendimento a usuários de álcool e drogas, como por exemplo, a falta de uma rede de suporte para internação dos casos que necessitam de internação para desintoxicação em hospital geral (CFP, 2009).

Em alguns CAPS falta estrutura física adequada, recursos materiais, recursos humanos. A falta de acessibilidade nos locais onde estão alguns CAPS, dificulta a locomoção de pessoas portadoras de algum tipo de necessidade especial. Além disso, há locais que não são adequados para garantir a qualidade dos atendimentos (CFP, 2009).

A não adesão ao tratamento e às atividades oferecidas pelo serviço aparece como um desafio que necessita ser superado. Existem ainda as dificuldades relativas aos familiares e à sociedade. É preciso orientar constantemente as famílias para que essas possam auxiliar na continuidade do tratamento. Há ainda a questão do estigma associado aos transtornos mentais e aos preconceitos que circulam na sociedade relacionados aos portadores de problemas de saúde. A cultura “hospitalocêntrica” também é muito forte e se torna um desafio para os profissionais que atuam em CAPS (CFP, 2009).

Segundo Prazeres e Miranda (2005) (*apud* Moura e Fernandes) os profissionais da saúde presentes nos serviços substitutivos ainda carregariam consigo os mesmos paradigmas das instituições psiquiátricas. Esse fato, segundo os autores, se expressaria em parte através das dificuldades apresentadas em referenciar os usuários para o serviço substitutivo demonstrando a possibilidade de um desejo de permanência por parte do hospital psiquiátrico na posição de poder historicamente construída.

Os principais obstáculos verificados nessa passagem incluem de acordo com Jervis (2001, p. 266 *apud* Moura e Fernandes, 2009) dificuldades para superação do paternalismo, o recuperado tem dificuldades para encontrar emprego e geralmente há a volta para a mesma dinâmica familiar e social que o levou ao manicômio. As novas políticas em saúde mental devem objetivar bem mais que o fechamento dos manicômios. Devem buscar visualizar e romper com as barreiras impostas pela própria sociedade.

O doente mental, entretanto, enquanto inserido socialmente perderia suas características incompreensíveis à maioria da população na proporção em que sua própria enfermidade fosse parte de um contexto onde seriam respeitadas sua existência e suas razões (Moura e Fernandes, 2009).

Para Alverga e Dimenstein (2006, p. 4) é preciso pensar na reforma psiquiátrica como um movimento social mais amplo, processo de desinstitucionalização do social “onde é preciso produzir um olhar que abandona o

modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão”.

A reforma deve buscar, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita o não enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social e “que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo” de forma a buscar o convívio livre e tolerante com a diferença.

Alverga e Dimenstein (2006) alertam que os primeiros passos para uma real reforma psiquiátrica implicam um imprescindível abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso requer atenção especial para as pequenas amarras responsáveis pela reprodução de valores, preconceitos, atrelados às ideias de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação.

O portador de transtorno mental apresenta formas anticonvencionais de fazer-estar no mundo, sendo parte de uma minoria. A declaração universal dos direitos humanos prevê a ampla e irrestrita aplicação de seus princípios, entretanto, existe ainda a necessidade da implantação de leis que assegurem direitos universais aos ditos loucos (PRAZERES e MIRANDA, 2005).

Requer-se antes de tudo um abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso exige atenção especial para as pequenas amarras responsáveis pela reprodução de valores, preconceitos, atrelados às ideias de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação. E a real mudança de postura se faz necessária para evitar a simples transposição de atitudes profissionais ligadas ao modelo hospitalar para o modelo de atenção primária (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006).

É preciso entender o processo histórico que invalidou a loucura como manifestação subjetiva humana. Deve-se caminhar no sentido de compreender a mesma como uma forma de subjetividade válida, onde o maior desafio da reforma é sua despatologização. O processo de mudança de papéis se dá de forma lenta e gradual, mas os movimentos para tantos já foram iniciados (BRASIL, 2005).

3 SAÚDE MENTAL

3.1 Breve Histórico da Saúde Mental

O termo Saúde Mental se justifica, assim, por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social. Outro ponto é o fato de que a Enfermagem sempre pareceu, para alguns olhares menos perspicazes estarem à sombra do conhecimento médico. Mas, na verdade, ela constrói seu conhecimento e divide com todas as outras áreas envolvidas os louros e as frustrações de trabalhar em (ou para a) Saúde Mental (ANDRADE, 2009).

Em última análise, a flexibilidade para desprender-se de conceitos científicos fixos e a atenção para as necessidades de mudanças a cada passo constituem pontos-chave para o crescimento pessoal e do conhecimento no setor Saúde Mental. Para se entender a Saúde Mental nos dias de hoje, é necessário que se tenha conhecimento do processo histórico ao longo do qual ela evoluiu.

Na Grécia Antiga, mesmo que os distúrbios mentais fossem encarados ainda com origens sobrenaturais, procurou-se em causas somáticas a origem dos distúrbios mentais. Neste novo pensamento, a doença era causada pelo desequilíbrio interno, originado pelos humores corporais. A melancolia, por exemplo, era descrita como um quadro de tristeza causado pela “bílis negra” do fígado (ANDRADE, 2009).

Também neste modelo surge, pela primeira vez, a descrição da histeria, que curiosamente era atribuída ao deslocamento do útero (histero), por falta de atividades sexuais. Ao contrário da concepção grega, que atribuía à migração do útero a causa da histeria, Galeno, em Roma, afirmava que a retenção do líquido feminino pela abstinência sexual causava envenenamento do sangue, originando as convulsões. Assim, a histeria não tinha uma causa sexual-mecânica, como afirmava o paradigma grego, mas uma causa sexual-bioquímica (AMARANTE, 2007).

Para o eminente médico romano, não apenas a retenção do líquido feminino era a causa dos distúrbios psíquicos. Para o alívio das mulheres da época, e das de hoje, o homem também tinha as suas alterações mentais oriundas da retenção do esperma. Desta forma, as relações sexuais e a masturbação, para Galeno, serviriam de alívio para as tensões (AMARANTE, 2007).

Com o fim do Império Romano, em 476 d.C., iniciou-se um período que a História denominou de Idade Média. Foi também o período em que o cristianismo expandiu-se. Muitos chamam a Idade Média de “Idade das Trevas”, mas não é pela falta de energia elétrica, que ainda não havia sido descoberta, e sim devido ao fato de todo pensamento cultural estar ligado às ideias religiosas. Isso fez com que todas as descobertas no campo científico e nos outros campos do conhecimento humano progredissem muito lentamente (ANDRADE, 2009).

Neste período, o conceito de doença mental que surgiu foi a de uma doutrina dos temperamentos, isto é, do estado de humor do paciente. “Melancolia” era o termo utilizado com frequência para descrever todos os tipos de enfermidades mentais.

Constantino Africano, fundador da Escola de Salerno, descreveu os sintomas de melancolia como sendo a tristeza - devido à perda do objeto amado -, o medo - do desconhecido -, o alheamento - fitar o vazio - e a culpa e temor intenso nos indivíduos religiosos. São Tomás de Aquino descreveu a mania - fúria patológica -, a psicose orgânica - perda de memória - e a epilepsia, além de comentar também sobre a melancolia. Mas Aquino acreditava que a causa e o tratamento da doença mental dependiam fortemente da influência dos astros sobre a psique e do poder maléfico dos demônios (MARTINS et al, 2011, p. 45).

Apesar de todas essas concepções científicas, seguindo o pensamento religioso da época, a possessão da mente de uma pessoa por um espírito maligno, e suas alterações verbais e de comportamento, retornou como a principal causa dos distúrbios mentais, como havia sido em épocas anteriores.

Muitos dos portadores de alienações mentais encontraram a “cura” para seus males nas fogueiras e nos patíbulo de suplícios. Aos doentes mentais que escapavam a essa “terapêutica” imposta pelas ideias religiosas da época, o abandono à própria sorte foi o que restou. Assim, os poucos esforços como os empreendidos durante o governo do imperador romano Justiniano, para que os portadores de transtornos mentais tivessem direito a tratamento juntamente com outros enfermos em instituições próprias, foi abandonado (MARTINS, et al, 2001).

Durante todo o período da Idade Média, as epidemias como a “peste negra” aliadas à “lepra” causavam grande medo na população. Quando estes “flagelos” começaram a se dissipar, achava-se que uma nova ameaça pairava sobre a população: os “loucos”, criminosos e mendigos. Se por um lado, realmente liberta de muitos preceitos religiosos a ciência pode caminhar um pouco mais livremente, para

os portadores de enfermidades mentais novas nuvens tempestuosas se aproximavam. Para uma sociedade que iniciava um processo de produção capitalista, a existência de indivíduos portadores de transtornos mentais, ou de alguma forma “inúteis” à nova ordem econômica (tais como os “loucos”, os criminosos e os mendigos), andando livres de cidade em cidade tornava-se uma ameaça (ANDRADE, 2009).

Os antigos “depósitos de leprosos”, cuja ameaça já não se fazia tão presente, abriram suas portas para a recepção destes novos “inquilinos”. Sem preocupar-se em resolver esses problemas sociais, a nova ordem político-social decidiu pelo isolamento destes seres considerados “improdutivos”. Excluídos do mundo, os enfermos mentais foram trancafiados nos porões das prisões juntamente com todos aqueles que por algum motivo não participavam da nova ordem mundial. A semente dos manicômios havia sido plantada (MARTINS et al, 2011).

Ainda que vozes se levantassem clamando por um tratamento mais digno aos alienados, e, por conseguinte se fizesse uma seleção mais nítida das “anomalias mentais”, a ideia de que “os loucos” eram perigosos e inúteis permaneceu na sociedade até os fins do século XVIII. A internação destes tornou-se caso de polícia, e a sociedade não se preocupava com as causas, manifestando insensibilidade ao seu caráter patológico. É verdade que em determinados hospitais os doentes portadores de distúrbios mentais tinham lugar reservado, o que lhes dava uma imagem de tratamento médico, sendo uma exceção; a maioria residia em casas de internamento, levando uma vida de prisioneiro (ANDRADE, 2009, p. 80).

Em 1789 (século XVIII), novos ventos sopraram na Europa Ocidental. A ordem absolutista, onde o Rei mandava sozinho à revelia dos anseios do povo, entrou em falência, e ideias mais liberais e libertadoras passaram a ser discurso constante, principalmente na França, onde a revolução vitoriosa levou grande parte daqueles que não se importavam com os problemas das cabeças alheias a perderem as suas. É neste clima de luta pelos direitos de cidadania e da valorização do “homem” que um jovem médico, chamado Phillipe Pinel, libertará dos porões destes hospitais aqueles cuja alienação mental, e principalmente a ignorância social, haviam condenado ao isolamento (RIBEIRO, 2010).

Descendo aos subterrâneos da incompreensão humana, representados por esses porões, Pinel encontrou acorrentados às paredes fétidas e sombrias seres “humanos”, que ali jaziam há quase meio século, condenados pelo “crime” de serem portadores de transtornos mentais. Com uma proposta de tratamento humanitário para os doentes, aliados à prática de docência,

Pinel desenvolveu uma corrente de pensamento de médicos especialistas em doenças mentais, aprimorando as descrições detalhadas dos transtornos mentais através de longas observações (RIBEIRO, 2010, p.337).

Ainda de acordo com Ribeiro (2010) a escola francesa, inaugurada com Pinel, trouxe muitas inovações neste campo, como por exemplo, a influência de tóxicos nas alterações do comportamento, a conceituação de esquizofrenia e a divisão dos portadores de doenças mentais em duas classes: os degenerados, que apresentariam estigmas morais e físicos, sendo propensos a apresentar acessos delirantes; e os não degenerados, que eram indivíduos normais, porém predispostos ao transtorno mental.

Esta “Escola” desenvolveu o conceito de inconsciente, paralelamente à aplicação da hipnose como método terapêutico. Nesse período, Jean Martin Charcot, que descreveu diversos sintomas histéricos, reconhecia que um trauma, em geral de natureza sexual, estava relacionado a ideias e sentimentos que se tornaram inconsciente. Como os sintomas da histeria podiam ser reproduzidos através da hipnose, sua cura também poderia advir desta prática (ANDRADE, 2009).

Enquanto os alienistas franceses desenvolviam suas observações clínicas, na Alemanha uma nova corrente com relação aos transtornos mentais surgia: a psiquiatria. Essa corrente seguiu os caminhos da medicina, recebendo um reconhecimento internacional, e o estabelecimento de um sistema moderno de estudo dos transtornos mentais. Nesta nova corrente de pensamento do campo dos transtornos mentais, estava um médico de origem austríaca chamado Sigmund Freud (MARTINS et al, 2011).

Formado em um ambiente científico fervoroso, Freud, um neurologista com um grande censo de rigor experimental, conservou a ideia da importância de um método científico para compreender o psiquismo e sua estreita relação com os processos físicos e fisiológicos. Rompeu com a terapêutica da hipnose, quando influenciado por Josef Breuer, outro médico austríaco. Ele havia curado uma paciente com sintomas histéricos usando um novo método: a catarse. Durante a hipnose, a paciente relatou um acontecimento do passado relegado a um segundo plano em sua mente/memória, como se o estivesse vivenciando no momento. O fez com violenta expressão de suas emoções (catarse), e depois experimentou alívio substancial dos seus sintomas (MARTINS et al, 2011).

Através dessas observações, Freud desenvolveu os conceitos de “inconsciente e repressão”, nos quais a emoção ligada às ideias reprimidas podia afetar o comportamento nos eventos do presente.

Embora a utilização de substâncias como terapêutica no campo das doenças mentais já ocorresse desde a Antiguidade, é a partir do século XIX que o uso de substâncias (Haldol R) que agem diretamente no sistema nervoso central passaram a ser amplamente difundidas, sendo várias delas sintetizadas na segunda metade do século (AMARANTE, 2007).

Mas foi no final dos anos de 1930, que para os casos de transtornos mentais graves houve a introdução do tratamento de choque e da psicocirurgia, sendo esta última introduzida somente baseada nos resultados da experimentação animal, sem qualquer base teórica, anatômica ou fisiológica. Após expectativas ilusórias, estas práticas foram limitadas a condições clínicas específicas. Ao término da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se a terapia medicamentosa, com bastante sucesso (AMARANTE, 2003).

No Brasil, paralelamente a todo este processo, a política com relação ao tratamento dos transtornos mentais permaneceu sempre “atrelada” ao modelo europeu do século XIX, centrado no isolamento dos psicopatas ou indivíduos suspeitos, toxicômanos e intoxicados habituais em instituições fechadas, mesmo quando tal modelo tornou-se ultrapassado em muitos outros países. Já em 1916, o Código Civil prescrevia a interdição civil e a conseguinte curatela aos “loucos” de todo os gêneros. Até recentemente, a Saúde Mental brasileira estava ligada à legislação de 1934, que legalizava o sequestro de indivíduos e a subsequente cassação de seus direitos civis, submetendo-os à curatela do Estado (AMARANTE, 2003).

No fim da década de 1980, a partir das transformações sociais e políticas que vinham acontecendo no campo da psiquiatria, em países da Europa (Inglaterra, França e principalmente Itália) e nos Estados Unidos da América, inicia-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento recebeu esta denominação por apresentar e desencadear mudanças que vão muito além da mera assistência em saúde mental. Estas vêm ocorrendo nas dimensões jurídicas, políticas, socioculturais e teóricas.

3.2 Fim da exclusão

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, profissionais de saúde e grupos da sociedade civil organizada avaliaram que o sistema de assistência ao doente com transtornos mentais era excludente, impedindo que os indivíduos ali tratados exercessem os seus direitos civis, políticos e sociais (BRASIL, 2005).

Os hospitais superlotados de doentes não dispunham de programas que os reintegrassem à sociedade. Ao serem filmados pela imprensa, as imagens apresentadas à opinião pública eram de descuido, expresso em pacientes contidos nos leitos e em enfermarias gradeadas. A higiene precária, o sussurro de palavras arrastadas e a expressão facial de desespero demonstravam que essas pessoas, chamadas de internos, estavam abandonados à própria sorte (ANDRADE, 2009).

De acordo com Andrade (2009) muitos chegavam ao hospício levados por seus familiares depois de um “ataque de loucura”, quando gritavam e quebravam objetos. Outros eram levados pelos familiares que queriam sequestrar bens e/ou heranças, acreditando, por vezes, na proteção do patrimônio familiar. Havia também aqueles que, por falta de informação sobre as doenças da mente, acabavam convencidos de que a hospitalização era a melhor alternativa em momentos de crise.

Muitos advogados também utilizavam a loucura como argumento para inocentar ou amenizar a pena de seus clientes que praticavam crimes hediondos. Infelizmente para os clientes, esta estratégia nem sempre dava certo, pois acabavam sendo condenados e encaminhados aos manicômios judiciais. Uma coisa era certa: todos os que no hospício chegavam eram submetidos às rotinas institucionais, que incluíam na terapêutica a camisa de força, o eletrochoque, a medicação em excesso e inadequada as psicocirurgias, à revelia do querer do cliente (AMARANTE, 2003).

Neste momento, a prática predominante na área de saúde mental sustentava-se nos princípios: da hereditariedade – acreditavam que passava de geração em geração; da institucionalização - o tratamento só poderia ocorrer através da hospitalização; da periculosidade - todos os “loucos” eram agressivos e perigosos; e da incurabilidade – a loucura não tinha cura. O paciente era visto como um transtorno para a sociedade e por isso as práticas adotadas sequestravam este cidadão temporariamente dos direitos civis, isolando-o e segregando-o em manicômios, afastando-o dos espaços urbanos (AMARANTE, 2003, p. 257).

Mas por que chegamos a este ponto? Por que no Brasil, na década de 1960, chega-se à margem de cem mil leitos psiquiátricos, quando no restante do mundo estava se refazendo conceitos sobre o tratamento desta clientela? Por que mantivemos, por tanto tempo, seres humanos encarcerados de suas identidades?

Nesta época estávamos em plena ditadura militar e não havia espaço para nenhum tipo de questionamento político e social. Dentro deste contexto, reforçava-se que o louco era de difícil convivência, perigoso e representava o diferente do convencional, do aceitável pelas regras sociais. Por isso, fazia-se necessário segregá-lo, sequestra-lo e cassar seus direitos civis, submetendo-o à tutela do Estado. Isso perdura na atualidade, pois o Código Civil em vigor reforça que os “loucos de todo o gênero” são incapazes para os atos da vida civil. Com esta afirmação, a segregação deste grupo era considerada legal (ANDRADE, 2009).

De acordo com Amarante (2003) neste caos do sistema psiquiátrico, juntamente com os avanços da Constituição de 1988, surgiram espaços de elaboração e aprofundamento de leis voltadas para o atendimento das questões sociais, propiciando um ambiente adequado para que a sociedade civil, trabalhadores de Saúde Mental e a articulação Nacional da Luta Antimanicomial se organizassem pela reforma do sistema psiquiátrico, buscando um novo estado de direito para o doente mental.

Norteadas pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, foram realizadas sucessivas conferências de Saúde Mental nos diversos níveis (nacional, estadual, municipal e distrital), tendo como objeto a inserção da Saúde Mental nas ações gerais de saúde. O importante é que nestas conferências o processo de municipalização, a criação dos conselhos de saúde e os dispositivos legais previstos para a efetivação do SUS foram considerados, como mecanismos na desconstrução do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos (asilo de “loucos”) (AMARANTE, 2003, p. 283).

Abandonar a ideia de que transtornos mentais eram produzidos somente por causas naturais e aceitar que os fatores sociais podem ser determinantes destes transtornos, foi uma reflexão difícil para muitos profissionais de saúde, gestores e familiares.

Atualmente, considera-se que existe uma relação estreita entre transtorno mental e a exploração da força de trabalho, as condições insalubres dos ambientes, o viver na linha da miséria, o alto índice de desemprego, as relações familiares, o estresse, a violência e a sexualidade mal resolvida como causas. Enfim, são

“pequenas e grandes” coisas que a qualquer momento nos deixam no limite entre a sanidade e a loucura.

Na 2ª Conferência de Saúde Mental, em 1992, os delegados presentes resgataram propostas previstas no projeto do Deputado Paulo Delgado, de 1989, que previam a substituição do “modelo hospitalocêntrico” por uma rede de serviços descentralizada, hierarquizada, diversificada nas práticas terapêuticas, favorecendo o acesso desse cliente ao sistema de saúde, diminuindo o número de internações, reintegrando-o à família e comunidade, resultando, desta forma, na melhoria da qualidade dos serviços nesta área. Entre os delegados, estavam representantes do segmento público e do segmento privado, que concordavam, pelo menos no discurso, em que a assistência ao cliente com transtorno mental precisava ser mais humanizada. A discordância surgia quando o tema era a substituição do sistema de internações hospitalares pela adoção de outras modalidades terapêuticas que investiam na ressocialização deste indivíduo, ou seja, sua desospitalização (BRASIL, 2007).

Os contrários a esta ideia, ao serem vencidos nas Conferências de Saúde Mental, passaram a fazer pressão no Congresso Nacional, impedindo a tramitação do projeto. A luta deles era pela manutenção da prática de asilamento e exclusão deste usuário do convívio social. Justificavam sua posição argumentando que os lares não teriam estrutura para manterem financeiramente estes pacientes, somando-se os compromissos empregatícios e atividades diárias dos familiares, o que poderia indisponibilizá-los a levar os pacientes às sucessivas sessões terapêuticas e de cuidar diariamente deste indivíduo adoecido. Mas o que de fato lhes preocupava era a redução dos lucros gerados por este sistema de encarceramento do louco (BRASIL, 2007).

O outro lado, representado pelo movimento da reforma sanitária, sustentava a desospitalização e desinstitucionalização dos pacientes como uma forma de garantir a cidadania àqueles que passaram anos de suas vidas encarcerados em enfermarias sombrias. Esta lógica transformava também as relações institucionais, alcançando as necessidades dos funcionários e técnicos que ali trabalhavam no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho, à implantação de um modelo participativo de gerenciamento, rompendo com a estrutura que distanciava o fazer do saber e vice-versa (ANDRADE, 2009).

Ingenuamente, os familiares dos pacientes que há anos estavam hospitalizados, mesmo conscientes das falhas do sistema hospitalar psiquiátrico, o defendiam. O que mais os preocupava era a convivência com indivíduos com histórico de desvios da personalidade que os deixavam violentos, letárgicos, eufóricos, repetitivos, sem nexos, enfim, cujo afastamento desgastou os sentimentos, o gostar de estar junto (AMARANTE, 2007).

A prova desta oposição de ideias foi o a tramitação lenta do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, conforme se observa nos seguintes movimentos:

Esta longa tramitação de uma lei de caráter nacional não impediu que cidades como Rio de Janeiro, Brasília, Santos, Santo André e São Bernardo inserissem em suas Leis Orgânicas Municipais dispositivos legais de promoção de atendimento fora dos manicômios, já se responsabilizando pela desativação gradativa, criando uma rede alternativa de atendimento aos usuários acometidos por transtornos mentais. Mas o que dizem esta lei e este substitutivo que geram tanto desconforto entre parte da sociedade civil, profissionais de saúde e gestores? O que moveu tantos interesses e que serve de referência para aqueles que trabalham na área de saúde?

Em primeiro lugar, esta lei propõe a extinção progressiva dos manicômios (instituições fechadas) e sua substituição por instituições abertas, tais como: unidades de Saúde Mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24 horas (NAPS), pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que preservem a integridade do cidadão (BRASIL, 2007).

A escolha de modalidade libertadora de atenção aos clientes com transtorno mental depende da criatividade e visão de mundo dos gestores, trabalhadores da saúde, associações de familiares e de todos os delegados dos conselhos de saúde que são responsáveis por estabelecer princípios filosóficos, operativos ou normativos, tendo como finalidade o resgate da cidadania desta parcela de excluídos da população (BRASIL, 2007).

Na realidade, substituir a lógica hospitalar por novas modalidades de atenção ao cliente com transtornos mentais sustenta-se nos princípios de inclusão, solidariedade e cidadania e representa um resgate ético.

O direito à informação sobre a sua doença representa um dos pontos críticos da relação instituição/profissional de saúde e família/usuário, tendo em vista a falta de diálogo imposta pelo sistema asilar.

Aos profissionais de saúde cabia o “tratar/cuidar”; à família cabia o aceitar/calar e confiar. Esta relação de poder ainda é muito forte nos dias de hoje, sendo um fator impeditivo da consolidação na prática do Art. 2º da lei, o qual prevê que o usuário tem o direito de receber o maior número de informação a respeito de sua doença e de seu tratamento, detalhado em seu parágrafo único. 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 (BRASIL, 2007, s.p.).

Observa-se nessa lei que a família, o trabalho e a comunidade recebem lugar de destaque, contribuindo para a inserção deste indivíduo no cenário social. Em particular, a família é levada a refletir sobre o seu papel no processo de reintegração deste indivíduo, embora existam famílias que continuem achando a internação uma solução. Nestes casos, para elaborar um plano terapêutico familiar, é pertinente estudar a cultura desta família, a maneira pela qual ela se organiza e expressa o sofrimento físico e psicológico para si e para o mundo exterior.

Outro aspecto importante é que a lei inibe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação ou financiamento de novos leitos nesta área pelo poder público, utilizando critérios rígidos e atrelando sua aprovação a comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS. Exemplificando: se quiséssemos implantar um hospital de 400 leitos para assistir clientes com transtornos mentais no município do Rio de Janeiro, teríamos de levar a proposta aos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, além de requerer a aprovação das Comissões Bipartite e Tripartite (BRASIL, 2007).

Esta medida não somente dificulta a ação dos empresários que lucram com este setor, mas força a rede pública e privada de saúde a criar efetivamente mecanismos concretos de desospitalização, como os hospitais-dia, Lares Abrigados,

pensões protegidas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (ANDRADE, 2009).

Para efetivar este processo de desmobilização da hospitalização, foi proposto na 2ª Conferência de Saúde Mental o limite e redução gradual de pagamentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) até alcançar a meta de desocupação de 20 % dos leitos ao ano. O número de hospitais distribuídos em 22 Estados era de 241, totalizando 55.387 leitos contratados e 55.488 existentes. Os estados, em ordem decrescente, que mais investiram na desospitalização foram: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Goiás. Assim sendo, do total de leitos contratados pelo SUS, 11.774 leitos por ano deveriam ser desativados. Pode-se dizer que a meta para garantir o acesso da população com transtornos mentais a novas modalidades de serviços é de 20% ao ano, por estado (BRASIL, 2007).

Para alcançar esta meta, faz-se necessário o resgate do conceito de território e responsabilidade, proporcionando aos sistemas locais ou distritos sanitários a descentralização das dimensões política, ideológica e técnica de romper com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, observando a obrigação dos serviços em não abandoná-los à própria sorte.

De acordo com Brasil (2007) com relação ao processo de internação, está previsto que só poderá se dar quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Desta forma, a lei prevê três tipos de internação: voluntária, aquela consentida pelo usuário; involuntária, aquela a pedido de terceiro, sem consentimento do usuário; e compulsória aquela determinada pela justiça.

A internação involuntária a pedido da família, sem consentimento expresso do paciente, deve ser comunicada ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde no prazo de 48 horas. Deve também ser composta uma comissão interdisciplinar com integrantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil, para avaliar a pertinência legal da internação (BRASIL, 2007).

Esta medida evita o uso indevido pela família e classe jurídica da prerrogativa de dispor sobre a vida de pessoas com transtornos mentais, tendo como finalidade o gerenciamento dos seus bens e a liberação de penas judiciais. Em casos de internação, existe também um movimento que luta pela revisão da legislação cível, no sentido de responsabilizar proprietários de clínicas e a equipe envolvida no

processo terapêutico quando houver erro, dano ou omissão. Nestes casos, deverão ser aplicadas “(...) penalidades, sem prejuízos de eventuais processos judiciais e indenizatórios relativos ao paciente ou à família” (BRASIL, 2004).

Na 2ª Conferência de Saúde Mental, as propostas sobre o direito à informação estão conjugadas ao direito à divulgação e educação. A divulgação desses direitos devem contemplar ações educativas em saúde mental para toda a população, extrapolando os espaços das instituições de saúde, da família e do usuário, chegando aos meios de comunicação de massa como TVs, rádios e jornais. Esta divulgação de informações legais da Reforma Psiquiátrica inclui debates sobre um dos problemas mais sérios do mundo contemporâneo, que é o problema da droga, com a finalidade de minimizar a divulgação de notícias distorcidas sobre o assunto (FERNANDES e MOURA, 2009).

Em toda discussão sobre este assunto se defende a discriminação do usuário e dependente de drogas, recusando os procedimentos penais e apoiando os encaminhamentos para assistência à saúde. A finalidade é evitar a exclusão deste grupo do convívio social com internações prolongadas em clínicas de recuperação, garantindo o acesso e a permanência nas escolas, de todos os níveis, dos usuários e/ou dependentes de substâncias psicoativas (BRASIL, 2006).

Para tal, o movimento de reforma psiquiátrica vem lutando para modificar o artigo 16 do código penal que trata das sanções aos alcoólatras e drogaditos, que os coloca no mesmo nível dos traficantes. A proposta é incluir o direito ao tratamento e à reabilitação de todos os usuários, penalizando apenas os traficantes. A propaganda direta ou indireta de fumo, álcool, agrotóxicos e medicamentos deve ser limitada ou eliminada dos meios de comunicação. Somado a isto a frase “Faz mal a saúde” deve estar contida em todos os produtos que trazem dependência química. A implantação desta medida nos anúncios de cigarro é a maior prova do alcance das ações construídas em parceria com outros setores, que ultrapassam os espaços hospitalares (BRASIL, 2006).

Outro ponto crítico é a prescrição abusiva de medicamentos que causam dependência, tais como: anorexígenos, antitussígenos e anticonvulsivantes. Para o controle do uso dessas drogas, é importante que os Conselhos Profissionais e a Vigilância Sanitária Estadual fiscalizem e avaliem as corporações de médicos, farmacêuticos, indústria farmacêutica e comércio, visando o controle do processo de

medicalização, e implementem programas de educação continuada para os profissionais envolvidos que apontem para a desmedicalização (BRASIL, 2006).

O movimento de reforma psiquiátrica, nos anos 1980/1990, discute os instrumentos que incluam na vida produtiva as pessoas portadoras de transtornos mentais e de deficiências, bem como defende modificações na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e nos estatutos dos funcionários públicos municipais, estaduais e federais, no intuito de preservar a saúde mental da classe trabalhadora, tais como:

Diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica, através da diminuição das jornadas de trabalho e do aumento do período de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades; período de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto, evitando as patologias do tipo lesões por esforços repetidos (LER); em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar estas atividades; para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores – através de seus sindicatos, comissões de fábricas, Comitê de Saúde ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) - a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e tensão psíquica. Tais grupos deverão ser constituídos de forma igual entre os pares, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo, necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações - cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores, em todas as suas etapas; os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre empresas e trabalhadores; a duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais; a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho (AMARANTE, 2003, p. 395-396).

Pode-se perceber a categoria de enfermagem incluída nos itens acima, principalmente no que diz respeito à exposição deste trabalhador a condições de fadiga e de tensão, vivenciada diariamente pela equipe de enfermagem. Quando a pessoa só tem um emprego, a carga horária é normalmente de 40 horas semanais, sendo duplicada quando este trabalhador possui outro emprego. Considerando que esta equipe é formada predominantemente por mulheres, essa jornada pode ser tripla, com as atribuições domésticas (casa, filhos, marido).

Além da jornada excessiva de trabalho, a equipe de enfermagem vive em constante nível de estresse, pois seu objeto de trabalho é o cuidar do outro com o seu sofrimento, com as lesões que transfiguram o corpo, com os seus resíduos (urina, fezes e sangue), o que leva ao desgaste emocional do profissional (ANDRADE, 2009).

Desta forma, é comum que se encontre nos corredores dos hospitais profissionais em crise, alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais. São pessoas que estão doentes, se sentem doentes, mas não podem ficar doentes por depender mensalmente daquele pequeno salário para o sustento de sua família. Talvez a efetivação desta proposta no âmbito legal e a criação de um serviço de saúde mental para atender os profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, pela natureza de seu trabalho, já seria um solução (ANDRADE, 2009, p. 298).

Como se pode perceber, o projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado demorou a ser sancionado no parlamento, o que não impediu que, na prática, mudanças na estrutura dos serviços de atendimento ao cliente em sofrimento psíquico fossem conquistadas. A mobilização de familiares, usuários, gestores e profissionais de saúde pela aprovação das propostas nos conselhos de saúde é que vem pressionando as autoridades municipais e estaduais a investirem em atos concretos que apontam para a ressocialização desta clientela (BRASIL, 2005).

Na Lei nº 10.216 de 2001, isto está previsto no artigo 6º, que diz:

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 (BRASIL, 2006, s.p.).

4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

4.1 Breve Histórico da Loucura no Brasil

Os problemas referentes à saúde mental nem sempre foram vistos sob o olhar médico, antes, era concebida como modo de manifestação do humano. Um tema que passou desde o campo da Mitologia até o da Religião (ALVES et al., 2009).

No Brasil, ocorre certa reprodução da trajetória mundial, tendo a psiquiatria brasileira, uma história pautada sobre a prática asilar e medicalização do social.

Em 1808, com a chegada da Família Real no Brasil, constituiu o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos que possuíam comportamento desviante (ALVES et al., 2009).

O mesmo autor refere que assim como ocorrera em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade, tendo em vista recolher os que perambulavam pelas ruas: desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos. Inicialmente, o destino desta clientela passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Chega aos ouvidos de Dom Pedro II, denúncias de maus tratos, impressionado com os gritos dos loucos vindos dos porões da Santa Casa, assina então em 1841, o decreto de criação do primeiro hospício brasileiro que, por 40 anos, leva seu nome. Após uma década, o hospício é inaugurado com 140 leitos, instalado na praia da Saudade afastado da cidade, ocorre a retirada dos pacientes da Santa Casa de Misericórdia, que se encontravam em condições desumanas, e possibilita o tratamento moral. Surge a primeira instituição psiquiátrica do Brasil (MS, 2009).

A disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais, a amplitude do espaço, os diagnósticos e a constante vigilância dos enfermos, representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil. Nuno de Andrade foi o primeiro a lutar pela desagregação da Santa Casa de Misericórdia e posteriormente a trabalhar no Hospício de Pedro II, permanece até a chegada de Teixeira Brandão, e após passa a dar aulas de psiquiatria na Faculdade de Medicina e a escrever artigos para o jornal (MS, 2009).

No ano de 1883 é realizado o primeiro concurso da área de psiquiatria no Brasil, com poucos candidatos inscritos. Dentre eles, Teixeira Brandão. Teixeira Brandão assume a administração do Hospício de Pedro II, após sua posse, passa a se chamar de Hospício Nacional de Alienados. Dessa forma, é criada a assistência médica aos alienados e Teixeira Brandão assume, com essa mudança, outro cargo dentro do mesmo hospital, passando a atuar como diretor e administrador. Em 1904 funda a Escola Alfredo Pinto, a qual passa a formar os primeiros enfermeiros no Brasil. Dando assim, início à formação em Enfermagem no País. Em 1902 torna-se deputado federal e elabora a primeira lei de assistência aos alienados (ALVES et al, 2009).

Devido ao novo cargo, que não permite acumulações, opta por deixar o hospital e passa a se dedicar à política, a dar aulas na faculdade e a escrever para o jornal. A saúde mental foi marcada por exclusão e maus tratos, sendo que essa realidade ainda é presente, porém de uma forma menos intensa. No entanto há formas de lidar sem excluí-la, isto que é o grande objetivo da reforma psiquiátrica. Por muito tempo a história da psiquiatria foi marcada pelo isolamento do enfermo e sem nenhum tratamento adequado. A partir desse momento, começa a se criar laços de mudanças dentro do tratamento mental, passando a dar valor ao humano, tratando-lhe com dignidade e sabedoria, a fim de melhorar suas condições e proporcioná-lo uma vida familiar e social adequada (ALVES et al, 2009)

4.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

A reforma psiquiátrica consiste em um conjunto de conhecimentos e práticas que vem revolucionando a maneira de compreender e lidar com a loucura humana. Tem como objetivo modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Nos anos de 1960 em vários países do mundo iniciou o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas que foram desenvolvidas na Europa como a psiquiatria preventiva e comunitária e as comunidades terapêuticas, respectivamente, expandindo serviços intermediários e buscando a humanização dos hospitais (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Seu percurso inicia-se no final da década de 70, durante a ditadura militar, época em que somente a medicação era o modelo de intervenção; com o

surgimento do movimento dos trabalhadores em saúde mental. O conceito básico determinante para reorganização do sistema de ações de saúde mental é o da desinstitucionalização, fundamentado na experiência italiana, que foram sem dúvida alguma, a mais importante influência no que se refere às contribuições teóricas e práticas para a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil (ALVES et al, 2009).

Segundo Hirdes (2009), o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território.

O movimento da Reforma Psiquiátrica critica o modelo da assistência centrado no hospital psiquiátrico ocorrendo esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Por décadas houve lutas contra o modo de cuidar dos portadores de transtorno mental, foram realizados vários congressos e reuniões a fim de abolir o manicômio e o tratamento desumano. Buscavam o nascimento de novos dispositivos de tratamento (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

De acordo com Desviat (2009, p.23), somente:

[...] depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico devia ser transformado ou abolido.

Surgem então os movimentos de críticas em relação à estrutura asilar, envolvendo: reformas circunscritas ao interior dos manicômios, como a Psicoterapia Institucional (França), e a Comunidade Terapêutica (Inglaterra e EUA); reformas que ultrapassam o espaço asilar, como a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva (EUA); por fim, reformas que colocam em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e os dispositivos terapêuticos a ele relacionados, como a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática Italiana (BIRMAN; COSTA apud AMARANTE, 2007).

No Brasil, até o final da década de 70, o tratamento aos portadores de transtornos mentais era responsabilidade exclusiva dos grandes hospitais psiquiátricos, os quais submetiam os pacientes a longos períodos de internação, permanecendo em decorrência disso, afastados do convívio com seus familiares e, por conseguinte, do convívio social. A partir da década de 80 inicia-se um processo

de reflexão acerca dessa prática assistencial, e a exemplo do que aconteceu no restante do mundo, várias mudanças aconteceram na área da Saúde Mental acabando por instalar-se o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ALVES et al, 2009).

Na visão de Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica Brasileira faz parte de um contexto mais amplo de redemocratização do país e, assim sendo, trouxe propostas fundamentadas numa postura crítica e voltadas à condução do processo terapêutico assistencial.

Para Amarante (2007, p. 87), a Reforma Psiquiátrica Brasileira é definida como “Um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

De acordo com Kantorski (2001, p. 142) a reforma psiquiátrica implica em: Transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto, “re-compreender o sofrimento psíquico, e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, reinventar modos de se lidar com a realidade”.

Ao refletir-se sobre as citações de Kantorski, observa-se que a reforma psiquiátrica é muito mais do que a simples reorganização de serviços. A esse respeito, Amarante (2007), tece algumas considerações. Para o autor, no processo de reforma psiquiátrica estão envolvidos vários aspectos ou dimensões.

Na dimensão teórico-conceitual questionam-se os conceitos de doença mental, de normalidade, de cura; como também a função terapêutica do hospital psiquiátrico e as relações entre os técnicos de saúde, a sociedade e os indivíduos em sofrimento. A dimensão técnico-assistencial, as discussões estão relacionadas com o planejamento das novas estruturas assistenciais; com o atendimento prestado às diferentes demandas e aos modelos de tratamentos instituídos. A dimensão jurídico-política trata de questões referentes à cidadania do portador de transtorno mental – seus direitos, suas responsabilidades. Discute-se a periculosidade da loucura e a incapacidade do portador de atuar produtivamente na sociedade. E a dimensão sociocultural considerada necessário transportar a loucura para fora dos muros institucionais, com o objetivo de promover mudanças no interior da sociedade, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizadoras. Tem como objetivo a transformação do imaginário social em torno da loucura (AMARANTE, 2007, p. 301).

Mais somente em 06 de abril de 2001, é criada a Lei n 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

comportamentos, por parte do Estado, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (FERNANDES et al., 2009).

Para Reinaldo (2008), vale ressaltar que, algumas iniciativas de atenção psiquiátrica comunitária têm apresentado bons resultados, entre elas a criação de condições para assistência aos pacientes psiquiátricos na comunidade com o suporte do hospital geral ou equipes de saúde mental ligadas ao PSF, para intervenções em crise e acompanhamento domiciliar, partindo do princípio do compartilhamento de responsabilidades no cuidado e no acolhimento.

Por fim, a reforma psiquiátrica possibilita ao paciente integração com a família e com a sociedade, em locais adequados e humanos. E incumbe ao ESF promover esse atendimento e acima de tudo, a saúde do paciente.

4.3 Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Segundo Neves, Lucchese e Munari (2010), a Estratégia Saúde da Família é a facilitadora na condução das ações para a promoção da saúde que permitem a construção do cuidado por meio de trocas solidárias, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais e reorganizar os serviços de saúde, integrando as práticas da vida das pessoas ao seu estado de saúde, estas por sua vez oportunizam a efetivação dos princípios que norteiam a reforma psiquiátrica.

Desse modo, percebe-se o potencial desenvolvido pela ESF como ambiente propício para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde mental e prevenção de agravos dessa natureza, em especial por ser um serviço comunitário, centrado na participação popular de modo a estimular prática autônoma, acrescentando a isso a formação de parcerias (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

A saúde mental deve ser considerada um eixo da ESF. Na ESF existe uma proximidade entre os pacientes e os profissionais, ambos se conhecem pelo nome, o que facilita a existência de um vínculo. Nesse modelo de atenção os pacientes não são mais tratados como números de prontuários, eles passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecido, por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental (RIBEIRO et al., 2010).

Cabe à unidade de ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência aos casos identificados (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

Na ESF, há o mapeamento de área que tem por objetivo elaborar o diagnóstico da comunidade, isso se dá através do cadastramento das famílias na Ficha A do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) que é realizado pelas agentes comunitárias (ACs), que têm papel importantíssimo no que se refere à identificação dos portadores de transtornos mentais na área de abrangência, pois os ACs residem na comunidade. (HIRDES, 2009)

Para Vecchia e Martins (2009), é essencial promover a valorização e qualificação da escuta do sofrimento psíquico pelo ACs no território, dentre outras ações que invistam na constituição de vínculos, na ampliação da corresponsabilização entre equipes de saúde e família, bem como na capacidade de acolhimento das equipes de atenção básica.

De acordo com Reinaldo (2008), a inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), entre eles o número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves e o percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica por faixa etária e sexo, são avanços para a área.

Martins, Braga e Souza (2009) diz que, a equipe multidisciplinar da ESF deve inserir-se no território de abrangência para possibilitar a integração de conhecimentos de maneira a auxiliar o portador de transtornos mentais, a família e a comunidade a enfrentar seus problemas e superar as dificuldades, favorecendo a qualidade de vida. São abertos então espaços de inclusão aos indivíduos em sofrimento mental, valorizando potencialidades e resgatando o poder de contratualidade perdido durante as práticas centradas no manicômio.

Para a articulação entre o campo da Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender a organização do modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças, seus medos, seus desejos e busque atuar de modo a não julgar o comportamento familiar mas sim, oferecer subsídios para que a família tome a sua decisão final (RIBEIRO et al., 2010).

O ESF atua como um Programa de Saúde Mental e permite aos pacientes a resignificação de sintomas e sofrimentos vividos, além do desenvolvimento de atividades coletivas; e cabe ao enfermeiro manter condições saudáveis para a promoção da saúde do paciente.

4.4 Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental na ESF

A enfermagem faz parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade, é alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas, de utilidade pública, de grande valor social. E na ESF a enfermagem por ser cuidadora, permite a existência do tratamento contínuo e zeloso (RIBEIRO et al, 2010).

Os profissionais que atuam no ESF necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade e se traduzam, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (REINALDO, 2008).

Apenas com ações desse tipo, o ESF conseguirá atingir os determinantes e condicionantes das condições de saúde-doença da população sob sua responsabilidade. Isso exige dos trabalhadores e profissionais de saúde inseridos no ESF a incorporação de contínuas discussões acerca do seu processo de trabalho e da relação que travam com os usuários dos serviços de saúde. Sem acolhimento e principalmente sem o cuidado adequado com o paciente não se concretiza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resoluções que causam impacto nos processos sociais de produção da saúde e da doença. A partir dessa afirmação, os serviços de saúde e mais especificamente o ESF, optam por instituir espaços de acolhimento no seu processo de trabalho (MARTINS, BRAGA E SOUZA, 2009).

O acolhimento, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas; um processo que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (REINALDO, 2008).

Ninguém vive sozinho e para se desenvolver e sobreviver necessita dos grupos, nos quais podem ser trabalhadas as relações e existe a possibilidade de se obter ajuda e troca de experiências, que proporcionam oportunidades para o enfrentamento dos medos, das angústias e culpas e principalmente dos conflitos presentes no cotidiano do homem.

Segundo Spadini e Souza (2006), o recurso grupal é uma estratégia importante nas ações de enfermagem, no sentido de favorecer a melhoria na qualidade da assistência ao paciente e seus familiares. O objetivo para utilizar a técnica grupal é o sentido de mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho e para a vida em sociedade, conscientizar, assim como, abordar problemas de relacionamento com a capacidade de recriar ambientes familiares, sociais, possibilitando o desenvolvimento de habilidades, de criações e desse modo, ele é um instrumento terapêutico eficiente.

Um grupo não é um somatório de pessoas, mas uma entidade com mecanismos específicos, próprios e com leis, no qual todos os integrantes estão unidos para o alcance de um objetivo comum (SPADINI; SOUZA, 2006).

Se o portador de transtorno mental recebe um atendimento adequado em grupo por um profissional qualificado como suporte, certamente ele poderá compreender vários aspectos de sua doença e tratamento, receberá o apoio emocional necessário e isso fará com que tenha condições de se manter bem e não ser internado, uma vez que o objetivo maior da assistência é mantê-lo fora do hospital (REINALDO, 2008).

As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho importantíssimo no cuidado de enfermagem, sendo utilizadas nas diferentes formas de acompanhamento dos pacientes. Constitui num instrumento facilitador na abordagem do portador de transtorno mental e sua família; sendo assim, o enfermeiro pode entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as

possibilidades de envolvimento dos familiares no tratamento e acompanhamento do portador, visando sua reintegração no domicílio (REINALDO, 2008).

A enfermagem tem contribuído para a reintegração dos portadores de transtorno mental na comunidade, por meio da orientação dada aos familiares nos grupos, intervenção em situação de crise, visita domiciliares e principalmente o acolhimento, valorizando o paciente e proporcionando uma reabilitação adequada e de caráter digno buscando a satisfação e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. O cuidado de enfermagem em saúde mental contribui para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva e livre da exclusão social (ANDRADE, 2009).

5 CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem na atenção básica apresenta-se como uma prioridade, cada vez maior e mais complexa na ESF, estendendo-se além dos muros das unidades de saúde, preocupando com a promoção da saúde dos indivíduos, famílias, comunidades e outras instituições sociais.

As práticas em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde são importantes meios de viabilização dos princípios da reforma psiquiátrica, tendo-se em vista o potencial de integração das redes sociais, a proximidade com os espaços de vida e a execução de práticas voltadas prioritariamente à promoção da saúde mental e à prevenção da doença (REINALDO, 2008).

De acordo com Martins et al (2009), nessa perspectiva, destaca-se a possibilidade dos enfermeiros oferecerem aos portadores de transtorno mental que buscam sua ajuda, ações em saúde mental com mais autonomia e cidadania, como de sua competência, promovendo assim novas relações com o transtorno mental. A compreensão mais ampla e integral do trabalho do enfermeiro, na ESF, permite propor ações em saúde mental centradas nas reais necessidades do portador de transtorno mental, favorecendo o estabelecimento de condutas que atendam à população de forma efetiva. Esse modelo de atenção à saúde proporciona um melhor acompanhamento destes indivíduos.

Os estudos analisados apontam que as ações na área de saúde mental têm sido baseadas no acolhimento, trabalhos em grupo, visita domiciliária e orientações ao portador de transtorno mental e sua família. O despreparo dos profissionais para lidar com as questões da saúde mental é um fator preocupante e este fato agrava-se com o aumento da demanda de cuidados exigidos na atenção básica à saúde, acarretando em um acolhimento inadequado, comprometendo as necessidades dessa população.

Considera-se que, apesar da dificuldade e do despreparo relatados pelos Enfermeiros aqui relatados pelos autores, para lidarem com a saúde mental na ESF, e por não possuírem formação específica na área, essas ações são de extrema importância e configura-se como algo possível na assistência do enfermeiro em saúde mental voltada para o acolhimento, a escuta, as orientações, o apoio familiar, a educação em saúde e a visita domiciliar. São atitudes essenciais para a interação

do enfermeiro-usuário, para a promoção e prevenção, do mesmo modo que a articulação e implementação das ações do enfermeiro, juntamente com os outros profissionais na ESF.

Mesmo considerando que o processo de reforma psiquiátrica encontra-se em fase de implantação no país e que sejam recentes e, ainda, principiantes as experiências de inclusão de ações de saúde mental nas estratégias de saúde da família, ressalta-se a importância de estudos na área.

Vale ressaltar que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em construção, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na capacitação profissional, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrados e que atenda as demandas sociais, bem como o alcance dos princípios da promoção à saúde e a prevenção da doença mental.

Os dados encontrados nesse estudo reforçam a necessidade de elaborar estratégias para promover o desenvolvimento de habilidades para atenção do enfermeiro com o usuário que procura atendimento em relação a saúde mental na ESF.

Quanto mais experiência o enfermeiro tiver na mesma equipe, mais subsídio terá para desenvolver suas ações permeadas para o levantamento das necessidades básicas dos portadores de transtorno mental, família e comunidade, bem como conhecimento da área adstrita, o que facilita a promoção de programas de saúde (REINALDO, 2008).

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, nº 20, 2006.

ALVES, C.F.O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**. Recife, p. 86,91, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC, 2003.

ANDRADE, F. B. et al. **Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado** no enfoque de risco. Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.5, pp. 675-680. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 20 fev. 2011.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil**: A trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2 , p.456 , 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde**. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

_____. Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

_____. Lei 10216 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

_____. Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

_____. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio reabilitação psicossocial – Projeto de Volta para Casa.** Diário Oficial da União. Brasília: poder Executivo, 2003.

_____. Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anula de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2004.

_____. Portaria nº 245 de fevereiro de 2005. **Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

_____. Portaria nº 246 de fevereiro de 2005. **Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

_____. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

_____. Lei 11343 de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Um outro olhar: Manual audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília: MS, 2007.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Prática profissionais dos (as) psicólogos (as) nos centros de atenção psicossocial.** Brasília: CFP, 2009

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009.

FERNANDES, J.D. et al. **Ensino de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental: Sua Interface com a Reforma Psiquiátrica e Diretrizes Curriculares Nacionais.** **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 43, n.4, p.963 , 2009.

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. A institucionalização da loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria> 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, p. 39, 2010.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n1, p.4, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232009000100036&script=sci_arttext.

KANTORSKI, L. Prado. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 2001.

MARTINS, A.K.L.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, A.M.A. **Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: Um estudo bibliográfico. Revista Rene**. Fortaleza, v.10, n.4, p.166, 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=550217&indexSearch=ID>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

REINALDO, A.M.S. **Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Revista de enfermagem**. p. 175,177, 2008. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/29ARTIGO25.pdf.

RIBEIRO, L.M. et al. **Saúde Mental e enfermagem na estratégia saúde da família: Como estão atuando os enfermeiros? Revista esc. Enferm. USP**. p.337, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>.

SILVA, V.G. Motta, M.C.S. ZEITOUNE, R.C.G. **A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>.

SPADINI, L.S. **Grupos realizados por enfermeiros na área da saúde mental. Revista de enfermagem**. p. 133,137, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a18.pdf>.

TANAKA, Y. et al. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciência & saúde coletiva**. v. 14, n. 2, p.3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci_arttext.