

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS -CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EAD**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM CAMINHO A SER
PERCORRIDO**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Morgane Zandoná

Constantina, RS, Brasil

2011

REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM CAMINHO A SER PERCORRIDO

Morgane Zandoná

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da
UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientadora: Prof^a Mestre Luciane Miritz

Constantina, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS -CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova
Monografia de Conclusão de Curso**

REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM CAMINHO A SER PERCORRIDO

Elaborada por
Morgane Zandoná

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Luciane Miritz, Msc.
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Leila Mariza Hildebrandt, Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Maria Inês Tambara Leite, Dr. Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Constantina, 2 de julho de 2011.

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM CAMINHO A SER PERCORRIDO

AUTORA: MORGANE ZANDONÁ

ORIENTADORA: LUCIANE MIRITZ

Data e Local da Defesa: Constantina, 2 de julho de 2011.

Resumo

O objetivo do presente artigo é propor e analisar, a história pregressa da psiquiatria, utilizando um percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, bem como descrever os objetivos da mesma, que hoje permeia a saúde mental e defende os direitos do doente mental, e apresentar o processo de remodelação da atenção a saúde mental, através de uma abordagem teórica de um estudo bibliográfico, a fim de destacar avanços alcançados, bem como estratégias que possam vir a contribuir na estruturação de um modelo de atenção que priorize o indivíduo portador de doença mental em suas particularidades, fornecendo-lhes um tratamento humanizado evitando seu afastamento do convívio social. A saúde mental juntamente com a reforma psiquiátrica percorreu um longo caminho que se constituíram as bases para a reorientação da assistência psiquiátrica. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira empreende modificações de estratégias para uma saúde mental humanizada, mas para isso necessita de responsabilização da equipe inserida neste processo. Para tanto este artigo pretende contribuir para o avanço do conhecimento científico nas práticas com os portadores de doença mental, pois a reforma psiquiátrica cria novas práticas clínicas.

Descritores: Saúde Mental. Psiquiatria. Reforma Psiquiátrica.

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

PSYCHIATRIC REFORM: A WAY TO BE TRAVELED

AUTORA: MORGANE ZANDONÁ

ORIENTADORA: LUCIANE MIRITZ

Data e Local da Defesa: Constantina, 2 de julho de 2011.

Abstract

The aim of this paper is on the one hand to propose and examine the past history of psychiatry, using a historical route of the Psychiatric Reform, as well as describing their goals, which now surround the mental health and supports the rights of the mentally ill. On the other hand the article's goal is also to present the remodeling process of attention to mental health, through a theoretical approach to a literature, to highlight progress made and strategies that may help in structuring a model of care that prioritizes the individual with mental illness in its particularity, giving them a humane treatment to avoid being away from social life. Both mental health and reform of psychiatry have come a long way that established the basis for the reorientation of psychiatric care. The process of the Brazilian Psychiatric Reform undertakes modifications to a mental health strategies humanized, but this requires accountability of the team that is part of this process. Therefore this article aims to contribute to the advancement of scientific knowledge in practice with the mentally ill, because the psychiatric reform creates new clinical practices.

Descriptors: Mental Health. Psychiatry. Psychiatric Reform

SUMÁRIO

Título	01
Resumo	03
Abstract	04
Introdução	06
A Reforma Psiquiátrica e o processo de remodelação da atenção à saúde mental	08
A Reestruturação da Rede: serviços substitutivos e avaliação como ferramenta na superação de um modelo excludente	12
Discussões acerca dos desafios e fragilidades do Sistema- a reestruturação e o processo do cuidado	16
Considerações que, não devem ser “finais”, mas início de um processo de reflexão	18
Referências Bibliográficas	20

INTRODUÇÃO

A luta por um novo estatuto social ao paciente portador de doença mental, que garanta cidadania e respeito aos seus direitos e individualidades vem ganhando espaço nas últimas décadas. Nos anos 60, deu-se início ao debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária, expandindo serviços intermediários bem como as comunidades terapêuticas, buscando a humanização dos hospitais.¹

Podemos enumerar diversos eventos que marcam a evolução deste processo. Tomando por base o cenário internacional temos a Declaração de Caracas, em 1990, que nos traz as reformas da atenção à saúde mental das Américas. Este documento provém da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em 1990 na cidade de Caracas - Venezuela. Entre outros aspectos este documento enfatiza a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário da saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais².

No Brasil este processo de construção das Políticas de Saúde Mental ainda é recente e permeado por inúmeras dificuldades. Apenas em 1978 tem-se início o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, ganhando expressão o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, o qual incorporou críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica².

É através do MTSM que cria-se um movimento de denúncia da violência nos 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 transtorno mental³. A partir de então, inúmeros esforços passam a se engajar em prol da ruptura de antigos paradigmas e pela consolidação de princípios que humanizem a assistência à esse público.

Nesse sentido, temos a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública³.

Frente à estas discussões têm-se uma reestruturação das ações destinadas às pessoas com transtornos mentais. Dentre estas podemos citar a criação da Lei n 10.126 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental⁴. Sendo assim, o doente mental passou a ter direito à condições de tratamento mais humanizadas, com respeito e dignidade, sendo assegurada sua proteção e direito à informações à respeito de sua doença e seu tratamento com a finalidade de sua reinserção social no meio.

Frente à isso, desenvolve-se um processo de reestruturação do modelo assistencial ao portador de doença mental. Fortes críticas ao modelo hospitalocêntrico e manicomial faz desabrochar a incorporação de novas estratégias na atenção à saúde mental com priorização da humanização da assistência e na qualidade de vida.

Este artigo se propõe analisar, através de uma abordagem teórica, a reforma psiquiátrica, seu percurso histórico até os dias atuais afim de destacar avanços alcançados bem como estratégias que possam vir a contribuir na estruturação de um modelo de atenção que priorize o indivíduo portador de doença mental em suas particularidades, fornecendo-lhes um tratamento humanizado evitando seu afastamento do convívio social.

A Reforma Psiquiátrica e o processo de remodelação da atenção à saúde mental

A partir do ano de 1978 tem-se início à movimentos sociais pelos direitos dos pacientes com doença mental no país. 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, passa a lutar contra a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede de assistência e passa a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência aos portadores de doenças mentais³.

Neste período ocorre uma ruptura no paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial⁵. A partir de então surgem novos cenários de discussão sobre a saúde mental com o intuito de reorganizar sua estrutura e assistência contestando sua perspectiva até então medicalizante e excludente. Dentre estes cenários podemos citar as Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM foi realizada em 1987 como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta teve como temas básicos os que seguem: economia, sociedade e estado e seus impactos sobre a saúde mental, Reforma Sanitária e sua reorganização da assistência à saúde mental e cidadania e doença mental, direitos, deveres e legislação do doente mental⁶.

O resultado desta primeira conferência é expresso através da delimitação de objetivos de ação em saúde mental, dentre estes podemos destacar a criação de instrumentos de articulação intersetorial e de integração programática, ações integradas em saúde, modificação do modelo assistência, desenvolvimento de recursos humanos com equipes multiprofissionais e ainda uma reorientação da política terapêutica para além de apenas intervenções medicamentosas⁶.

Para a execução destes objetivos fez-se necessário a criação de estratégias que direcionariam as práticas em saúde mental. Dentre estas podemos citar a incorporação do Programa de Saúde Mental com o objetivo de unificar em um único sistema todas as ações que visem atender a população brasileira, priorizar atividades extra hospitalares, inclusive na rede básica de saúde, instalar unidades psiquiátricas em hospitais gerais, organizar programas de reabilitação além de colocar à disposição da população informações sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental, entre outras⁶.

Neste cenário de reformulações da atenção à saúde mental tem-se também a discussão acerca da reorientação do modelo assistencial até então vigente no país. Assim, em 1988 com a Promulgação da Constituição Brasileira cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de universalização, integralidade,

descentralização e participação popular, com vistas à superação do modelo biomédico, hegemônico centrado em práticas curativas e medicalizantes.

Para a implementação do SUS sanciona-se, primeiramente a Lei n 8.080 de 1990 a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e, ainda no mesmo ano, a Lei n 8.142 que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde^{7,8}.

Com a institucionalização do SUS abrem-se novos caminhos para a reorientação da atenção à saúde mental, bem como para a concretização das ações estabelecidas pela I CNSM. A partir de então evidencia-se um avanço na formulação de estratégias de superação do modelo até então direcionado à atenção à saúde mental outras⁶.

Deste modo em 1992 tem-se a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental resultante da evidência de necessidade de estabelecimento de uma nova política de saúde mental. Esta teve como tema a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil abordando os seguintes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica, modelos de atenção em saúde mental e direitos de cidadania⁹.

Entre 1991 e 1995, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de definir os rumos de uma reforma psiquiátrica que garantisse a construção da rede de serviços capaz de substituir eficazmente o sistema hospitalocêntrico⁹. Deste modo, a partir da realização da II CNSM passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária ao portador de doença mental com os primeiros Centros de Atenção Psicossocial - CAPS,

Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos³.

Várias foram as tentativas de impulsionar o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Algumas normas tiveram importante impacto e eficácia na consolidação desta reestruturação da atenção à saúde mental, sendo que, em abril de 2001 a Lei n 10.126 dá um novo ritmo à esse processo.

A Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesta podemos destacar a ênfase no tratamento humanizado de acordo com suas necessidades, garantia de inserção na família, trabalho e comunidade além da responsabilização do estado no desenvolvimento da política de saúde mental que garanta os princípios enunciados neste dispositivo¹⁰.

É neste cenário que eclode a realização da III Conferência Nacional em Saúde Mental sob o tema, cuidar sim, excluir não. Efetivando a reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Esta terceira edição traz a implantação de políticas de saúde mental como prioridade na saúde pública no país, tendo como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença¹¹.

Deste modo, apoiada na Lei 10.216 de 2001 tem-se a Política Nacional de Saúde Mental que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos que proporcionam um tratamento humanizado com resolutividade, priorizando a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva

que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico¹¹. Esse processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária³.

A Reestruturação da Rede: serviços substitutivos e avaliação como ferramenta na superação de um modelo excludente

A reestruturação da rede de atenção ao portador de doença mental requer uma mudança na visão do “ser doente mental” para além da sua patologia. Este deve ser visto e compreendido como indivíduo com suas particularidades e necessidades comuns a qualquer um de nós, sendo ofertado um atendimento que, ao mesmo tempo que atenda suas necessidades, o mantenha inserido o maior tempo possível em seu meio social e familiar.

Ao longo de todo o processo de Reforma Psiquiátrica, são pensados e formulados os serviços substitutivos, que, tem por objetivo a desinstitucionalização e a reinserção do indivíduo. Essa remodelação do sistema vem de longa data, permeando as discussões acerca da reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste período algumas normas e portarias tiveram importante impacto na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Assim, a Portaria n 224 de 1992, produziu uma regra clara sobre como deveria ser a assistência hospitalar e definia os hospitais-dia e o atendimento em Centro de Atenção Psico Social - CAPS, criando novos procedimentos a serem remunerados pelo SUS⁹.

Mais tarde, a Portaria n 336, resultante de uma revisão da 224, estabeleceu-se a tipologia do CAPS, distinguindo-os pelo porte - I,II,III e pela finalidade, infanto

juvenis e álcool/drogas. O CAPS III, funcionando 24 horas, não se distinguia apenas pela maior complexidade, mas principalmente pelo potencial estratégico de substituição do modelo hospitalar. Já os CPAS “I” e “AD” constituíam inovações tecnológicas importantes⁹.

Atualmente, os CAPS, regulamentados pela Portaria 336/GM de 2002, integram a rede do SUS tendo seu funcionamento e complexidade ampliados, tendo como missão prestar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, objetivando substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e da sua família¹².

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao Hospital psiquiátrico, cabendo-lhes o acolhimento e a atenção aos seus usuários. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários³.

O processo de desinstitucionalização é outro fator que marcou a história da reforma psiquiátrica. Este movimento que teve início nos anos 90 ganha impulso em 2002 com normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos em todo o país³.

Este processo teve um avanço significativo através da instituição de mecanismos seguros para a redução de leitos no país. O programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS - PRH, assim como a

instituição do Programa Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de inúmeros leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos³.

Estes instrumentos orientam e embasam os serviços ofertados em saúde mental. Através deles podemos acompanhar o desempenho e a evolução dos processos em saúde mental, bem como controlar e avaliar sua resolutividade em concordância com os princípios do SUS e o modelo de atenção preconizado.

O PNASH/Psiquiatria, Portaria GM 251 de 2002, permite aos gestores um diagnóstico de qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada³.

Neste cenário e aliado ao PNASH nasce o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica - PRH, Portaria GM 52 de 2004. Este tem como principal estratégia promover a redução progressiva e pactuada de leitos em hospitais que tendem a apresentar assistência de baixa ou péssima qualidade e a pactuação entre os gestores do SUS, os hospitais e as instâncias de controle social, da redução planejada de leitos, evitando a desassistência¹³.

Outro mecanismo de suporte ao processo de desinstitucionalização foi a efetivação dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT. A implantação e o financiamento de SRT são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e devem ser capazes de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Cada

residência deve ser referenciada a um CAPS e operar integrada à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território³.

Dentro desta mesma lógica, foi criado um instrumento de grande efetividade no processo de reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, potencializando o processo de emancipação de pessoas com transtorno mental e o processo de desinstitucionalização e redução de leitos psiquiátricos. Trata-se do Programa de Volta para Casa.

O Programa de Volta para Casa tem por objetivo contribuir efetivamente para o processo de reinserção social das pessoas com longa história de internação em hospitais psiquiátricos, através de um pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários. Este programa possibilita a ampliação da rede de relações do usuário, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania³.

Além de todos esses mecanismos de atenção à saúde mental, precisamos ter em mente a visão de rede de cuidado. Nenhum serviço substitutivo atua isoladamente, todos estão interligados em um rede de atenção à saúde mental sendo parte integrante do Sistema Único de Saúde. A relevância da construção desta rede de cuidados é indiscutível para a construção da Reforma Psiquiátrica no país.

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos é crucial para a constituição de um serviço vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Para que esta rede seja organizada, se faz necessário termos em mente a noção de território³.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Trabalhar em um território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental³.

Com esta visão, percebe-se claramente a necessidade de integração da atenção básica nesta rede de apoio como parte integrante do território promovendo a responsabilização compartilhada dos casos em saúde mental. Desta forma propicia-se um atendimento contínuo e resolutivo aos problemas de saúde mental apoiados pela rede de serviços substitutivos e consonância com a rede de atenção básica de saúde.

As equipes de saúde mental e da atenção básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para abordagem de problemas vinculados a violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial³.

Discussões acerca dos desafios e fragilidades do Sistema- a reestruturação e o processo do cuidado

Ao pensarmos um processo de reforma temos que ter o cuidado para não nos determos apenas em termos estruturais do sistema. Muito se evoluiu desde a década de 70, novos pensamentos, nova estruturação da rede de cuidados na

saúde mental, novas técnicas utilizadas para reinserção destes pacientes em seu contexto social.

No entanto, precisamos ultrapassar a barreira do tecnicismo e irmos mais além. As mudanças institucionais voltadas para a inclusão e autonomia das pessoas com sofrimento psíquico requer práticas pautadas em relações que potencializem a criatividade, a auto-estima, a autonomia e reduzam progressivamente os efeitos cristalizados pela cultura hospitalocêntrica que prejudica diretamente os usuários e indiretamente os trabalhadores da área¹⁴.

Imbuídos neste espírito torna-se impostergável compreender o processo de reinserção social não como uma simples devolução do portador de doença mental à sua família e/ou comunidade que até então o manteve à margem da sociedade. Esse processo deve buscar a emancipação, não meramente política, mas antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social, permitindo um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo, buscando a convivência tolerante com a diferença¹⁵.

Viabilizar tal perspectiva se configura um grande desafio tanto para família e sociedade quanto para os trabalhadores de saúde mental. Vários desafios se apresentam na superação do modelo hospitalocêntrico medicalizante com ênfase em práticas fragmentadas e excludentes.

Tratando sobre desafios para a superação das práticas fragmentadas no campo da saúde, faz-se necessária a inclusão de princípios de valorização humana e de participação social nos diferentes níveis de formação¹⁴. Como participação social, entendemos que, para que se efetive mudanças, esta deve se configurar não apenas em fóruns legais como conferências e conselhos de saúde, mas também, no

dia a dia dos serviços que ofertam atendimento ao paciente portador de doença mental.

A co-participação da família e paciente na construção de sua clínica além de ofertar um atendimento humanizado e incluyente, os tornam protagonistas no processo de recuperação e reabilitação.

No contexto de transformações da assistência psiquiátrica, uma instituição que se propõe a inserir a família dentro do plantel de práticas está responsabilizando-se por ela como se fosse uma extensão das relações sociais do usuário¹⁶. Desta maneira, ao ofertarmos atendimento à um paciente precisamos conhecer e compreender o que está oculto por trás dele, o que ele trás de bagagem na sua trajetória de vida até o momento presente. Entender seu contexto familiar, suas necessidades, anseios pode ser um subsídio fundamental na construção de um projeto terapêutico resolutivo.

Desse modo, o processo de reforma psiquiátrica requer, além reestruturação do sistema, antes de tudo, uma reestruturação do cuidado em si. Arelado ao processo de desospitalização, à criação de serviços substitutivos, ao controle e avaliação dos serviços em saúde mental e de programas que incentivem o paciente à retornar ao seu convívio social, devem estar os processos de cuidado humanizados, que propiciem ao indivíduo além de um atendimento adequado, mas sim condições que ele se sinta o menos doentes possível, potencializando suas capacidades e tornando-o ativo do seu próprio processo de “cura”.

Considerações que, não devem ser “finais” mas início de um processo de reflexão

Todo a reforma deve ser entendida como um processo em construção. Dessa forma entendemos a reforma psiquiátrica como tal, que teve seu pontapé inicial na década de 70 e permeia nossas ações no campo da saúde mental nos dias atuais.

Sendo assim, é dever da sociedade estimular esse movimento em prol da melhoria na qualidade do atendimento à esses pacientes. Familiares, usuários profissionais da saúde e gestores em um permanente processo em rede, caminhando juntos atravessando os “nós” que se conformam entre uma linha e outra desta rede, criando novas estratégias de enfrentamento se faz indispensável para a não estagnação do processo.

Discutir, controlar e estimular encontros coletivos que estejam permeados por novas idéias ou formas de ofertar um tratamento humanizado e resolutivo, além de garantir a continuidade e integralidade do cuidado construindo a responsabilização de toda a equipe inserida neste processo. Enfim, estabelecermos conexões reais com o mundo real destes pacientes traz a tona uma desafio à todos que almejam uma saúde mental humanizadora.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107. Acessado em 24 de maio de 2011.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005.
4. _____. Lei n 10.126, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.
5. Basaglia F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante P. org. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2005. p. 237-257.
6. Brasil, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, 1988.
7. _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
8. _____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.
9. _____. Reforma psiquiátrica: processo político e marco regulatório (1990- 2004). Brasília, 2004.
10. _____. Lei n 10.216 de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.
11. _____. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, 2001.
12. _____. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psico Social. Brasília, 2004.
13. _____. PNASH e programa de Reestruturação da Assistência. Disponível em

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354.

Acessado em 29 de maio de 2011.

14. SANTOS, V.M.G. dos. Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente. Revista Baiana de Saúde Pública. V.31 Jun/2007.
15. ALVERGA, A.R.de; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface- Comunicação, Saúde e educação. V. 10, n 20 Jul/Dez 2006.
16. PINHO, L.B. de; HERNANDEZ, A.M.B; KANTORSKI, L.P. Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. Interface- Comunicação, saúde, educação. V. 14, n. 32, Jan/mar2010.