

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO E ENSINO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU
GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS EM SAÚDE**

**SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
SUA INTERFACE COM A GESTÃO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Danielle Tatiane Abran

Três de Maio, RS, Brasil

2016

SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTERFACE COM A GESTÃO

Danielle Tatiane Abran

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Leila Mariza Hildebrandt

Três de Maio, RS, Brasil

2016

**Universidade Federal de Santa Maria
Campus Palmeira das Missões
Curso de Pós Graduação de Ensino a Distância
Especialização Lato-Sensu
Gestão de Organização Pública em Saúde**

**A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de
Conclusão de Curso**

**SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA
INTERFACE COM A GESTÃO**

Elaborada por Danielle Tatiane Abran

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

Profª Dra. Leila Mariza Hildebrandt
(Presidente/orientador)

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº Luiz Anildo Anacleto da Silva (Membro da Banca)
Profª Marinês Tambara Leite (Membro da Banca)
Profª Isabel Cristina Pacheco Van Der Sand (Suplente)

Três de Maio, 06 de junho de 2016

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde de Ensino a Distância Especialização Lato Sensu
Universidade Federal de Santa Maria – Campus de Palmeira das Missões

SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTERFACE COM A GESTÃO

AUTORA: DANIELLE TATIANE ABRAN

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LEILA MARIZA HILDEBRANDT

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 06 de junho de 2016.

A Reforma Psiquiátrica constitui-se em um movimento que prevê mudanças, na área da saúde mental, no modelo hospitalocêntrico, excludente e segregador. Tem como propósito a construção de um modo de atenção psicossocial que visa atender as demandas da pessoa com transtorno mental no seu espaço de convívio, reconhecendo-o como cidadão. Considerando esses aspectos, esse estudo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre saúde mental, atenção psicossocial e sua interface com a gestão. Compreende-se que a atenção em saúde mental tem sido um desafio aos municípios, pois os mesmos têm sido chamados a construir estratégias de intervenção nesse campo da saúde, destacando-se o papel dos gestores nesse cenário. Sabe-se que diversos serviços substitutivos foram criados no sentido de qualificar a atenção a esse estrato populacional e as unidades básicas de saúde e de saúde da família, cada vez mais, têm sido requeridas para acompanhar esses sujeitos no espaço da comunidade. Entretanto, as equipes de saúde precisam desconstruir os manicômios mentais. Para isso, espaços de discussão com vistas à qualificação dos trabalhadores precisam ser fortalecidos, com o apoio dos gestores. Assim sendo, conclui-se que há necessidade de os gestores se apropriarem das políticas públicas de saúde mental e, articulados com os serviços de saúde, fortalecerem a atenção às pessoas com transtornos mentais, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Saúde Mental. Gestão em Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde de Ensino a Distância Especialização Lato Sensu
Universidade Federal de Santa Maria – Campus de Palmeira das Missões

SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTERFACE COM A GESTÃO

AUTORA: DANIELLE TATIANE ABRAN

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LEILA MARIZA HILDEBRANDT

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 06 de junho de 2016.

The Psychiatric Reform is a movement that provides changes in hospital-centered, excluding and segregating model. It aims to build a psychosocial care so that aims to meet the demands of people with mental disorder in their living space, recognizing him as a citizen. Considering these aspects, this study aims to conduct a reflection on mental health, psychosocial care and its interface with the management. It is understood that the mental health care has been a challenge to municipalities, although they have been called to build intervention strategies in the field of health, highlighting the role of managers in this scenario. It is known that several alternative services were created in order to qualify the attention to this population parcel and the basic health units and family health, more and more, they have been required to follow these subjects in the community space. However, the health teams need to deconstruct the mental asylums. For this, discussion spaces, with a view to qualifying workers need to be strengthened, with the support of managers. Therefore, it is concluded that there is need for managers to appropriate public policy and mental health, linked to health services, strengthen the care for people with mental disorders, in line with the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform.

Key words: Mental Health. Health Management. Health Policy.

SUMÁRIO

Introdução	7
1. Metodologia	8
2. Um breve Passeio Pela História Da Loucura.....	8
3. Saúde Mental, Atenção Psicossocial e sua interface com a Gestão	15
Considerações Finais	18
Referências	19

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa refletir sobre saúde mental, atenção psicossocial e sua interface com a gestão. Inicialmente, far-se-á uma breve revisão bibliográfica, trazendo um apanhado histórico referente à loucura até chegar ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ressalta-se que este é um tema de fundamental importância para todo e qualquer profissional que trabalha ou deseja trabalhar com gestão em saúde pública, em função de os municípios serem convocados a atender as demandas relativas à atenção em saúde mental.

Assim sendo, de acordo com Carvalho e Barbosa (2010), para pensar a gestão deve-se ter em mente o foco nos resultados, a partir de metas e objetivos previamente estabelecidos. Destaca-se que a gestão pública é necessária para resolver problemas demandados pela sociedade e que necessitam de soluções, buscando assim um futuro melhor para a população. A gestão contribui para transformar a realidade, considerando suas condições materiais, imateriais e simbólicas. Conforme os mesmos autores, para haver gestão, é necessário a formulação e implementação de políticas, acompanhadas de organização do trabalho, mobilizando recursos, sejam profissionais ou materiais.

Pensando em gestão, também é necessário avaliar os resultados obtidos por meio da intervenção sobre as diferentes situações que fazem parte dos serviços de saúde. Só após a avaliação é possível saber se os resultados esperados foram alcançados ou se são necessárias mudanças de estratégias para novas intervenções. Percebe-se, então, que a gestão se caracteriza como ciclo em constante movimento: planejamento, execução, avaliação, correção (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

No campo da saúde mental, a gestão também se constitui em um elemento significativo na perspectiva de qualificar a atenção às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, balizada pelas premissas na reforma psiquiátrica. Para tal, é importante conhecer os passos históricos da loucura até chegar aos dias atuais em que há a defesa do modelo psicossocial em detrimento do manicomial. Desse modo, esse trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão sobre saúde mental, atenção psicossocial e sua interface com a gestão.

1. METODOLOGIA

Este artigo constitui-se em uma reflexão teórica acerca da saúde mental e sua interface com a gestão.

2. UM BREVE PASSEIO PELA HISTÓRIA DA LOUCURA

A forma de o homem lidar com a loucura passou por diversas e profundas transformações no desenrolar do tempo. Essas mudanças no modo de ver a loucura e de cuidar o doente mental foram influenciadas por crenças, costumes e religião de cada época. No período pré-histórico, as doenças eram atribuídas a forças externas, como bruxos, demônios, maus espíritos, deuses ou a qualquer força sobrenatural. Então, as pessoas que possuíam um comportamento distinto do considerado normal na época, passavam por rituais para sua cura. Caso estes não resolvessem as pessoas eram abandonadas e largadas a própria sorte (FOUCAULT, 2010).

Na antiguidade, na Grécia e em Roma, os indivíduos vistos como loucos eram considerados como problema de ordem familiar e não social. Na Grécia de 860 a.C acreditava-se que os médicos e estudiosos possuíam grande apreço por esses indivíduos, porém se os mesmos não respondessem ao tratamento, que consistia basicamente em caminhadas e encenações teatrais, eram então submetidos a inanição e flagelação (FOUCAULT, 2010).

No período da Renascença, os loucos eram colocados em navios e mandados para longe das cidades, a fim de “limpar” as cidades e de estes sujeitos buscarem a razão ou eles eram presos.

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupo de mercadores peregrinos. Esse costume era frequente, particularmente na Alemanha (...) durante a primeira metade do século XV (FOUCAULT, 2010, p.09).

Na Idade Média, a loucura era vista como um desígnio de Deus. Desta forma, os loucos faziam parte da sociedade e eram alvo de caridade, por parte dos mais afortunados. Nessa época, os doentes mentais eram designados como lunáticos, pois se entendia que a mente dessas pessoas era influenciada pelas fases da lua. Apenas os doentes mais graves e agressivos eram acorrentados, com a justificativa de que estavam possuídos por demônios e,

comumente, passavam por rituais de exorcismo. Os demais possuíam o direito de ir e vir (FOUCAULT, 2010).

Na Idade Média, os hospitais eram considerados instituições de caridade, se configurando como hospedarias, oferecendo abrigo, comida, assistência religiosa a vagabundos, loucos, ladrões, prostitutas, leprosos, doentes. Ou seja, eram locais que abrigavam aqueles indivíduos que ameaçavam a lei e a ordem social vigente (FOUCAULT, 2010).

Já, na Idade Moderna, ocorreu a retomada da razão, em que se começou a observar e descrever as doenças mentais. Essa foi a mesma época em que se iniciou a formação de cidades e, com ela, os problemas sanitários e sociais, crescendo o número de mendigos. Os pobres e os loucos eram vistos como marginais, já que não produziam riqueza. Nesta época, surgiram os Hospitais Gerais a fim de abrigar os marginalizados da sociedade (FOUCAULT, 2010).

Na Idade contemporânea, mais precisamente no final do século XVIII, começaram a ser denunciados os maus tratos aos quais os doentes e mendigos eram submetidos. Na França, Pinel separou os loucos desse espaço e criou o hospital psiquiátrico, entendendo que este representava o melhor lugar para o tratamento do louco, cuja terapêutica baseava-se no trabalho e em medidas físicas de controle da loucura. Em função disso, os hospícios espalharam-se em nível de mundo e passaram a abrigar os marginalizados da sociedade, ou seja, todos aqueles que ameaçavam a lei e a ordem social: prostitutas, ladrões, leprosos, loucos, entre outros excluídos da sociedade. A loucura passou a ser vista como doença, sendo necessário tratamento específico. Apenas no século XIX, a loucura passou a ser olhada de um lugar científico, tornou-se um objeto de conhecimento, tendo como princípio a medicalização e a terapeutização (FOUCAULT, 2010).

No Brasil, o Estado só passou a intervir no que diz respeito à loucura no início do Século XIX, a partir da chegada da Família Real ao Brasil. Com a consolidação da nação brasileira como um país independente, passou-se a ver o louco como uma ameaça a ordem pública, sendo considerado resíduo da sociedade. Os loucos agressivos e sem posses eram trancafiados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidos amarrados na maior parte do tempo, vivendo com péssimas condições de higiene e cuidados (PASSOS, 2009). Nesse sentido, Machado (1978) enfatiza que a psiquiatria brasileira nasceu a partir do momento em que a medicina incorporou a sociedade como um novo objeto e se impôs como instância de controle social da população. Nesta época, o hospício era considerado o principal instrumento terapêutico para a loucura.

Em 1852, no Rio de Janeiro, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, inspirado no modelo asilar francês (elaborado por Pinel e Esquirol). O isolamento era uma de suas características básicas, contudo, o hospício era visto como local de exercício de ação terapêutica com o propósito de transformar os alienados. Esta instituição era destinada prioritariamente aos loucos de famílias pobres, já que àqueles pertencentes a famílias de posses poderiam ser tratados no interior de suas casas, pois estas tinham condições de reproduzir o hospício dentro de suas residências (MACHADO, 1978).

Entre os anos de 1840–1889, foram criadas outras instituições para alienados: em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886) (RESENDE, 2007).

[...] as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2007, p. 38).

Até o início do século XX a presença de médicos nos hospícios era quase inexistente. As pessoas que comandavam esses locais eram leigas. Os poucos médicos existentes não faziam parte da administração dos hospitais. Apenas no início do século XX que esse quadro se modificou (FONTE, 2012).

A primeira instituição pública de saúde da República deu-se a partir da desvinculação do Hospício Pedro II da Santa Casa, em 1890, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Para Resende (2007, p. 43),

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à Proclamação da República como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que evocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia.

Neste período a loucura passou a ser gradativamente medicalizada e o tratamento psiquiátrico ainda possuía como pressuposto o isolamento do louco na vida social. Nesta época, a maioria dos estados brasileiros já havia criado colônias agrícolas, para complementar os hospitais psiquiátricos tradicionais. Porém, as mesmas não se diferenciavam dos hospitais

psiquiátricos, dando o mesmo tratamento aos alienados. Continuava-se a tirar o louco do convívio social e escondê-los da sociedade (FONTE, 2012).

No Brasil, a década de 1920, a psiquiatria começou a adotar medidas preventistas, sem deixar de lado os referenciais organicistas. Em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), tendo como palavras de ordem “controlar, tratar e curar” (ENGEL, 2001).

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (FONTE, 2012). Nas décadas de 1940 e 1950, houve expansão dos hospitais psiquiátricos públicos, a partir da aprovação do Decreto de Lei Nº 8.555/1946, o qual autorizava o Serviço Nacional de Doenças mentais a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de novos hospitais psiquiátricos. Naquela época, a psiquiatria buscava afirmar-se e ser reconhecida como especialidade médica. Ainda, destaca-se que algumas medidas de tratamento foram introduzidas e entendidas como avanços no campo psiquiátrico, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoterapia e a eletroconvulsoterapia (AMARANTE, 2013; SAMPAIO, 1988 apud FONTE, 2012).

A criação de novos hospitais não alterou em nada a situação dos hospitais públicos já existentes, com a função de abrigar os excluídos da sociedade, em que as pessoas permaneciam em total abandono. Essa condição levou a superlotação dessas instituições (FONTE, 2012).

A partir de 1964, ou seja, após o Golpe Militar no Brasil, começaram a surgir hospitais privados, os quais visavam atender os trabalhadores e seus dependentes. Os governos militares privatizaram a assistência, pagando leitos em hospitais públicos para pacientes psiquiátricos. Apenas na década de 1970, começaram as discussões acerca da humanização do tratamento ao doente mental. Com a redemocratização do país as condições de maus tratos dos internados em hospitais psiquiátricos foram denunciadas. A discussão acerca dos maus tratos, da violência e da tortura praticada nos asilos que fomentou a luta antimanicomial (FONTE, 2012).

Segundo Amarante e Torre (2010) e Amarante (2013), em 1978, culminaram as denúncias em relação aos maus tratos contra doentes mentais e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, constituído por trabalhadores de hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro/RJ, tomou a linha de frente para propor mudanças ao modelo manicomial, constituindo-se em elemento decisivo para o início da reforma psiquiátrica brasileira. Desse modo, vale destacar que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, embora tenha iniciado no Rio de Janeiro, expandiu-se em nível de país e tinha como propósito levantar críticas ao modelo manicomial, permeado por violências e maus-tratos aos doentes mentais

hospitalizados, com vistas a inversão desse modelo, a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 2013; AMARANTE, 2014). Assim, o Movimento da reforma psiquiátrica foi se construindo e novos aliados foram se incorporando ao mesmo.

No decorrer dos anos, o tema saúde mental vem ganhando espaço e sendo vastamente tratado e discutido por diferentes áreas do conhecimento, com vistas a mudanças no modelo manicomial. Essa questão vem evoluindo e se transformando no imaginário social da loucura. Nesse cenário, o objeto de intervenção da psiquiatria deixou de ser a doença mental, mas o sujeito que adoece. Essa mudança caracteriza-se como um processo, ou seja, algo permanentemente em movimento, não possuindo um objetivo último. Há, assim, constante envolvimento de atores, com modificações de conceitos e princípios, com o propósito de desconstruir o modelo asilar e construir o modo psicossocial de intervenção sobre a loucura, ou seja, reforma psiquiátrica.

Quando se pensa em reforma psiquiátrica, não se pode restringi-la meramente a humanização das características violentas e perversas que eram estabelecidas na instituição asilar, nem reduzi-la a uma simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. A Reforma psiquiátrica é algo que vai além e implica na desconstrução dos manicômios mentais (AMARANTE, 2005).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a Reforma Psiquiátrica é o conjunto de transformações de saberes, práticas, valores sociais e culturais em torno do louco e da loucura, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com essa questão. Amarante (2005) contribui afirmando que a reforma psiquiátrica constitui-se em um processo dinâmico, com envolvimento de diferentes atores, com vistas a inovar conceitos e princípios que norteiam a atenção no campo da saúde mental. Conforme o autor é, portanto, um processo social complexo, articulado com várias esferas da sociedade que estão inter-relacionadas e em constantes conflitos. Desse modo, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica designa um processo social, no qual existem atores sociais envolvidos e, da mesma forma, interesses, conflitos e negociações.

Como já dito anteriormente, no Brasil, o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira começou em 1978, ganhando expressão com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual criticava o hospitalocentrismo, as más condições de trabalho, o tratamento inadequado e a privatização da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2013; AMARANTE, 2014).

No final da década de 1980, surgiram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – Caps, concomitantemente ao fechamento de algumas instituições psiquiátricas, iniciando-se o

embate em prol de uma sociedade sem manicômios. Em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3.657/89, o qual dispõe “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória” (DELGADO *et al*, 2007, p. 41).

O referido projeto de lei tramitou no Congresso Nacional por 12 anos quando, em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Nº 10.216. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por doenças mentais, garantir a livre circulação de pessoas com transtornos mentais tanto nos serviços de saúde quanto nas cidades, visando reinserção destas pessoas no convívio da sociedade, além de redirecionar o modelo assistencial em Saúde Mental.

A mesma propõe a extinção dos manicômios e a criação de serviços substitutivos na comunidade. A internação hospitalar, segundo essa lei, somente deverá ser realizada quando recursos terapêuticos extra hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2004).

É possível pensar que a Reforma Psiquiátrica busca a desinstitucionalização, amplia o conceito de cidadania, reconhece a subjetividade dos indivíduos, ou seja, suas diferenças e particularidades, dando aos mesmos o real direito ao cuidado, a possibilidade de recebimento de ajuda para aplacar seu sofrimento. Possibilita ao portador de doença mental ser visto como sujeito de desejos e projetos.

No que tange à Reforma Psiquiátrica Brasileira, pensando nos mecanismos de gestão utilizados para sua implementação e avanços, pode-se definir três períodos. O primeiro compreende os anos de 1992 a 2001, em que o foco principal constituía-se na implementação de estratégias de desinstitucionalização. Dessa forma, foram criadas as primeiras normas que possibilitavam o financiamento e a implantação de serviços substitutivos (BARROS; SALLES, 2011).

No segundo período, de 2000 a 2002, houve a aprovação da Lei Nº 10.216 em 6 de abril de 2001. Nesse período, havia a preocupação em reduzir os leitos hospitalares de baixa qualidade; expandir, qualificar e fortalecer a rede extra hospitalar (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs e Unidades Psiquiatrias em Hospitais Gerais-UPHG), em consonância com as proposições da legislação (BARROS; SALLES, 2011). A criação de serviços que substituem os manicômios revelou-se desde o princípio como algo fértil, dando liberdade aos sujeitos antes enclausurados e desmistificando a periculosidade e incapacidade que os mesmos representavam.

O terceiro período iniciou em 2003 até atualmente, marcado pela criação de projetos para públicos específicos, como por exemplo, o “Programa de Volta para Casa” que visa a

liberdade e a cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental (BARROS; SALLES, 2011). Este programa, regulamentado pela Lei Federal N° 10.708/2003, dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial com vistas a assistência, acompanhamento e integração social, em espaços extra hospitalares, de pessoas com transtornos mentais, com história de longas internações psiquiátricas (no mínimo dois anos). A mesma prevê o repasse de valor financeiro à pessoa com transtorno mental e igual valor ao município em que ela reside, para que este garanta a assistência às demandas deste indivíduo (BRASIL, 2003).

Nesse período, também foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela Portaria N° 336/2002 (BRASIL, 2004). Os CAPS têm como propósito acolher pacientes portadores de transtornos mentais graves, oferecendo tratamento de acordo com as suas demandas, por equipe multidisciplinar. Além disso, tem a finalidade de estimular a integração social e familiar desses pacientes, buscando a autonomia dos mesmos. Busca integrá-los ao ambiente social e cultural. Os CAPS configuram-se como uma das principais estratégias da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BARROS; SALLES, 2011). Além disso, a internação psiquiátrica em hospital geral também foi uma proposição advinda das mudanças do modelo assistencial.

Nesse contexto, vários mecanismos de gestão têm possibilitado os progressos da Reforma Psiquiátrica. No que tange a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, um mecanismo de gestão importante utilizado foi a supervisão dos Hospitais Psiquiátricos, sendo que aqueles que não possuíam um mínimo de respeito para com os direitos de seus pacientes, fossem consequentemente descredenciados. Outro momento importante foi a instituição pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de janeiro de 2002, a qual 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 Sistema Único de Saúde - SUS (BARROS; SALLES, 2011).

A criação das Residências Terapêuticas, regulamentada na Portaria GM/MS N.º 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000a), e a inclusão nas Tabelas de Serviços e de Classificação do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental regulamentado pela Portaria GM/MS N.º1220/00 foram outras iniciativas de fundamental importância (BRASIL, 2000b).

Como é possível perceber, as questões em saúde mental não são imutáveis, elas vão se modificando, crescendo e ficando mais complexas. Isso requer do gestor atualização constante, para enfrentar os novos desafios e criar estratégias inovadoras para a atenção em saúde mental.

3. SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTERFACE COM A GESTÃO

Recentemente, a atenção ao doente mental no espaço do município passou a ser pauta de preocupação de gestores estaduais e municipais. Há tempos atrás, as intervenções estatais e municipais por parte dos gestores, comumente, visavam higienização da sociedade, ou seja, retirar doentes mentais do espaço social e encaminhá-los a hospitais psiquiátricos, passando a falsa impressão de controle da situação.

A mobilização da sociedade a fim de intervir nos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de produzir mudanças no modelo manicomial, significou um grande avanço, abrindo caminho para a Reforma Psiquiátrica. Esse movimento trouxe consigo significativos avanços no que diz respeito à ampliação de redes de serviços e ações em saúde mental, reduzindo os leitos psiquiátricos e, conseqüentemente, aumentando as verbas repassadas para ações extra hospitalares.

A Reforma Psiquiátrica trouxe consigo novas formas de tratar a doença mental, porém, ainda se vê uma naturalização e uma perseveração na busca por diagnósticos e a utilização de métodos tradicionais para lidar com condutas que fogem a normalidade. Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica traz consigo a proposta da reformulação dos modelos de assistência e gestão vigentes, defendendo a saúde coletiva e a equidade de serviços. Essa proposição obteve participação coletiva maciça por parte dos trabalhadores e usuários de saúde no que se refere aos processos de gestão e tecnologias de cuidado (FONSECA; JAEGER, 2015). Portanto, o Movimento da Reforma Psiquiátrica rompeu com a centralização do procedimento psiquiátrico, responsável por separar parte da população, vista como incapaz de conviver socialmente, considerada doente mental, o rompimento com a centralidade da intervenção no manicômio e a admissão de novas possibilidades de percepções em relação a loucura (FONSECA; JAEGER, 2015).

Com vistas a reforçar a inserção da pessoa com transtorno mental no espaço social, foi instituída a Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS), por meio da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esta rede tem como finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas que passam por sofrimento ou transtorno mental e para àquelas com problemas em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias. Além disso, a RAPS visa garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de

saúde, acolhendo, acompanhando e dando atenção as urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

Os serviços que fazem parte da Rede de Atenção em Saúde Mental são: Atenção Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica para população específica, Centro de Convivência), Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial), Atenção Urgência e Emergência (Samu 192, Sala Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, portas hospitalares de atenção urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial), atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e reabilitação psicossocial) (BRASIL, 2011).

Olhando para esse cenário, na atualidade não é mais possível, como gestor, pensar em formas de cuidado excludentes para a pessoa com transtorno mental. É necessário incluir os serviços existentes nos municípios, preocupar-se com o acesso e a qualidade na atenção em saúde mental, garantindo serviços de qualidade, atendimento integral e inclusivo a todo cidadão brasileiro que vivencia a condição de doente mental e sua família, em consonância com o modelo psicossocial.

No intuito de reforçar, o modelo psicossocial surgiu com o desígnio de desconstruir os modos de pensar e conceber a loucura e construir conhecimentos por meio da intervenção e, conseqüentemente, da transformação da realidade, articulando discurso, análise e prática. Neste modelo, o sujeito deixa de ser um objeto e passa a ser colocado no centro das ações de cuidado (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Desse modo, pode-se dizer que o modelo psicossocial considera a pessoa em sua multidimensionalidade. Ou seja, os serviços que substituem o modelo hospitalocêntrico visam a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, considerando suas diferentes dimensões - pessoal, social, familiar -, com o objetivo de reinserir o sujeito na sociedade.

Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel significativo por serem responsáveis pela atenção diária a esse contingente populacional e seus familiares, já que a família é peça fundamental para o tratamento. Destaca-se que o CAPS é um serviço comunitário, localizado no município, com equipe multidisciplinar para dar aporte aos mesmos, conforme suas necessidades, a partir da oferta de uma diversidade de atividades, conforme a legislação. Nesse rol, incluem-se atendimento individual, atendimentos

em grupos, atividades físicas, oficinas terapêuticas, atividades lúdicas, visitas domiciliárias e atendimento à família (BRASIL, 2004).

As unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família também assumem papel importante, em função de as mesmas acompanharem esse estrato populacional no seu espaço de convívio. Entretanto, sabe-se que ainda há dificuldades por parte das equipes dessas unidades para atender as pessoas com transtornos mentais e essa deveria ser uma preocupação dos gestores, já que os municípios estão sendo convocados a atender essa população.

Portanto, dispositivos de cuidados às pessoas com transtornos mentais e seus familiares devem ser incorporados no sentido de produzir novas práticas com vistas à reabilitação psicossocial e à construção da cidadania desses indivíduos. Entende-se que uma estratégia para isso tem relação com investimentos na qualificação dos profissionais por meio de educação em saúde (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Contudo, ainda hoje, faz-se necessário a humanização dos cuidados em saúde mental, abandonar preconceitos relativos à doença mental, entender as diferenças e potencialidades de uma pessoa que vivencia essa condição, para que haja a possibilidade de conviver com elas. Como profissional da saúde e gestor, não é mais possível permitir que um diagnóstico de transtorno mental seja capaz de selar negativamente o destino de um sujeito.

Não obstante, percebe-se, no cotidiano, que ainda os serviços de saúde continuam indiferentes à singularidade, à dor e ao sofrimento das pessoas com transtorno mental que, por vezes, são retiradas de seus espaços sociais de convívio e, de certa forma, enclausuradas.

[...] não é possível pensar o cuidado ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico resultante das disfunções de interações neurobioquímicas, nem tampouco com práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, que incidam sobre o já precário poder de contratualidade que o sujeito tem sobre si e sobre as coisas do mundo. Muito menos com práticas que o submetam a um regime de controle e de vigilância sobre todas as suas ações cotidianas. O resultado histórico deste modo de pensar a dor psíquica é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana (YASUI, 2015, p. 18).

À guisa de finalizar, houve muitas conquistas em relação ao tratamento da pessoa com transtornos mentais, porém ainda há muito a ser feito. Nesse cenário, os gestores devem ser os protagonistas para que novas conquistas sejam adquiridas e articular-se com as equipes dos diferentes serviços para qualificar a assistência e evitar retrocessos na assistência em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se em uma sociedade em que o sofrimento psíquico faz parte do seu cotidiano. Por vezes, ele se configura em um adoecimento mental, porém, em outras situações ele decorre de vivências do dia-a-dia e não se caracteriza como um transtorno mental. Entretanto, qualquer situação de sofrimento psíquico, independente de sua origem, é merecedora de atenção por parte dos serviços de saúde.

Como gestores, é importante que, ao se pensar em ações em saúde mental, se tenha como norte os princípios do Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, o acolhimento dos indivíduos em suas diferenças, o vínculo e a responsabilização devem balizar as intervenções junto às pessoas com transtorno mental. É necessário reconhecer o outro, seus anseios, seus sofrimentos, lembrando-se de sua subjetividade. A ênfase deve ser dada ao sujeito não a doença que o acomete.

O rompimento com a hegemonia do saber psiquiátrico, embasado no modelo manicomial, representou uma vitória. Porém, é importante ressaltar que ainda há um caminho a ser percorrido, para que o atendimento em saúde mental com vistas à reabilitação psicossocial do sujeito que vivencia a condição de doente mental. Nesse contexto, o envolvimento dos gestores, dos profissionais de saúde e da sociedade é de fundamental importância, seja no planejamento e criação de novas políticas públicas voltadas a essa área da saúde ou desenvolvendo ações junto a esse contingente populacional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. 5ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed.; 6ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P.; TORRE, E. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2010.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, n. Esp. 2, p: 1780-5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/25.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.708 de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [internet]. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. [internet]. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.220 de 7 de novembro de 2000**. Institui a criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional Cuidador em Saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros [internet]. Brasília, 2000b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/28_Portaria_1220_de_07_11_2000.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet] Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Citado em: 02 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília. 2004

CARVALHO. A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**– Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 6, p: 1501-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

DELGADO, P. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre, Artmed. 2007.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** - Rio de Janeiro, 1830-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FONSECA, T. M. G; JAEGER, R. L. A psiquiatrização da vida: Arranjos da Loucura, hoje. In. BRASIL. Ministérios da Saúde. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface Comum Saúde Educ**. v. 10, n. 20, p: 281-98, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/02.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

MACHADO, R. M. **A danação da norma**. São Paulo: Graal, 1978.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade**: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argymentvm Editora, 2009.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2007.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes De Cuidar. In. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.