

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nelsi Salete Tonini¹

Jacó Fernando Schneider²

Luciane Prado kantorski³

RESUMO: Discutiremos, por meio deste trabalho, questões relacionadas à saúde mental e as políticas de saúde mental, para nos situarmos no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre as políticas de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Este suporte teórico traz aos profissionais de saúde, particularmente aos profissionais envolvidos com a saúde mental, elementos para um aprofundamento e discussões no contexto das políticas de saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Políticas de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Partimos do princípio de que para discutirmos saúde mental não deve existir discriminação em virtude de doenças mentais, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e de ser atendido em sua própria comunidade e, que todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo e intrusivo possível.

No entanto, segundo a OMS (2001) estima-se quanto ao sofrimento psíquico no mundo, que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, 70 milhões sofrem dependência do álcool, 50 milhões têm epilepsia, 24 milhões sofrem de esquizofrenia, um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente, entre 10 a 20 milhões

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – RS.

tentam suicidar-se e que a depressão situa-se em quarto lugar entre as dez principais patologias mundiais.

Neste contexto, surge uma nova concepção de saúde mental, em que a saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, das sociedades e das comunidades; que a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes; que como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais; que avanços futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com formas complexas de funcionamento mental e comportamental; que as pesquisas mostram que existem duas sendas principais pelas quais a saúde física e a mental se influenciam mutuamente, enfim; que o comportamento de uma pessoa em matéria de saúde depende muito da saúde mental da mesma.

OBJETIVO DO ESTUDO

Refletir sobre as políticas de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.

SOBRE AS POLITICAS DE SAÚDE MENTAL

Pensando-se em políticas mundiais de saúde mental, reportamo-nos a OMS (2001), que procura despertar a consciência do público e dos profissionais para o real ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos.

Por meio do relatório sobre a saúde no mundo, realizado em 2001, a OMS analisa o âmbito da prevenção, disponibilidade de tratamento e os obstáculos a ele, traçando dez recomendações para ação em saúde mental, como, proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicotrópicos; garantir atenção na comunidade; educação em saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer

políticas, programas e legislação nacionais; formar recursos humanos; criar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade e; dar mais apoio à pesquisa.

Frente a isto, coloca-se pela OMS (2001) três cenários para a ação em saúde mental, onde o Cenário A seria o de países economicamente mais pobres (com recursos ausentes ou limitados), sendo necessário neste contexto treinamento de pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais nos serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais.

O Cenário B o de países com nível moderado de recursos, sendo necessário neste contexto o fechamento dos hospitais custodiais para doentes mentais e integrar a atenção em saúde mental na atenção de saúde geral.

E, o Cenário C o de países que tem mais recursos, devendo ser focado nestes países o aprimoramento no manejo de transtornos mentais na atenção primária de saúde e o acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços comunitários de atenção.

Particularmente no Brasil, frente aos avanços existentes na legislação vigente do setor saúde, faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental, fundamentado em uma nova ética setorial, em uma política de saúde mental que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços (TUNDIS; COSTA, 1997).

Assim, para Amarante (1995) a estratégia de organização de serviços de saúde mental vai ao encontro desta nova proposta, que enseja condições que conduzam à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária.

A referida estratégia vem disseminando-se desde a implantação da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, que incentiva o atendimento ambulatorial ou extra-hospitalar que deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados, nos Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial... (PARANÁ, 1999).

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, surgem as Portarias nº 336 de 19 de fevereiro de 2002; nº 189 de 22 de março de 2002 e a nº 305 de 03 de maio de 2002, as quais vêm complementar a anterior, onde estabelecem que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II E CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e classificam os tipos de

atendimentos para os indivíduos que estão inseridos nos Centros de Atenção Psicossociais (BRASIL, 2002).

A REFORMA PSÍQUIÁTRICA NO BRASIL

Para Amarante (1995) ao analisarmos o percurso da reforma psiquiátrica faz-se necessário tanto à possibilidade de revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam este movimento quanto à reatualização de um olhar histórico-critico sobre os paradigmas fundantes do saber/prática psiquiátricos.

Para Amarante (1995) existem dois grandes períodos no campo teórico assistencial da psiquiatria. Um período é marcado por um processo de crítica ao sistema asilar, marcado pelos altos índices de cronificação. A questão central neste período é referida à crença de que o manicômio é uma instituição de cura, o que faz resgatar urgente este caráter positivo da instituição, por meio de uma reforma da organização psiquiátrica, partindo de uma discussão no interior dos hospícios, até transcender este espaço, iniciando a partir daí na Inglaterra os movimentos das comunidades terapêuticas e, o de psicoterapia institucional, na França.

Para o referido autor, o outro período é marcado pela expansão da psiquiatria ao espaço público, com o intuito de prevenir e promover a saúde mental, representado pelas experiências de psiquiatria de setor que ocorre na França e da psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos.

Estes dois períodos limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico, pois acreditam na instituição psiquiátrica como local de tratamento e na psiquiatria como saber competente.

A fim de retomar o objetivo do qual havia se desviado, a antipsiquiatria e a psiquiatria de Basaglia, na Itália, rompem com esta visão e lançam um olhar crítico voltado para as propostas do saber/prática psiquiátricos, buscando realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como um conjunto de reações entre instituição/práticas/saberes (AMARANTE, 1995).

No Brasil, segundo Bezerra JR. e Amarante (1992) observa-se um novo momento nas políticas de saúde mental a partir da I Conferencia Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987.

Para os referidos autores, nessa nova conjuntura nacional surge em primeiro plano o espaço de trabalho territorial, no âmbito das cidades. Assim, são criadas ou repensadas novas possibilidades assistenciais importantes, tanto em hospitais quanto em lugares novos nos demais serviços e municípios.

Neste contexto da reforma psiquiátrica surgem serviços de saúde mental, com propostas para além dos hospitais psiquiátricos tradicionais, em regime fechado.

Assim, por meio desta nova proposta, faz-se necessário atender o paciente em sofrimento psíquico no seu município de origem, ao longo de seu tratamento, dando suporte a ele e a sua família para que ocorra a estabilização do seu quadro clínico, possibilitando a sua reintegração na comunidade.

Para isto, necessita-se desenvolver ações de educação em saúde envolvendo o paciente, a família e a comunidade, incentivar a adesão do paciente ao tratamento, estabelecer vínculo com paciente, familiares, comunidade e instituições que possam se integrar à estratégia de saúde mental, prestar atendimento em saúde mental ao portador de sofrimento psíquico, preferencialmente extra-hospitalar, efetivar educação permanente aos profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental no município e proporcionar campo de estágio, de extensão e de pesquisa seguindo protocolo pré-estabelecido pela secretaria municipal de saúde do município (PITTA, 1996).

Para tanto, no contexto da reforma psiquiátrica existem alguns serviços necessários, que deverão ser implantados nos municípios, como:

O hospital-dia (HD), que se enquadra dentro dos dispositivos terapêuticos de “hospitalização parcial”, intermediário entre a hospitalização psiquiátrica e a integração do paciente na comunidade, alternando entre um meio natural e um sistema de cuidados ou de proteção.

A diferença entre um HD e qualquer outro dispositivo de hospitalização parcial, ou estrutura intermediária de reabilitação e reinserção social (lares abrigados, centros-dia, hospitais-noite, oficinas abrigadas...), reside no fato de ser um recurso que dispõe de um

programa terapêutico que dá ênfase às manifestações clínicas e terapêuticas e Compromete o paciente e sua família numa relação terapêutica contratual com a equipe terapêutica (ET), com uma participação e implicação ativas.

O HD É um recurso terapêutico que trata o paciente durante um tempo limitado (algumas horas por dia, de 8 a 15 horas, de segunda a sexta-feira), sem o afastamento do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico.

Num HD, trabalha-se com terapias individuais, intervenções familiares, mas trabalha-se sobretudo em grupo, como: grupo de pacientes, Grupo terapêutico: equipe terapêutica e pacientes e Equipe terapêutica (equipe multiprofissional).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que é intermediário entre o hospital e o ambulatório de saúde mental. Destina-se ao atendimento de doentes mentais crônicos, psicóticos, na maioria das vezes, egressos de hospital psiquiátrico e que necessitam de uma assistência extra-hospitalar intensiva.

O CAPS destina-se a uma clientela restrita a 15 (quinze) pacientes por turno de 4 (quatro) horas. É centro de referência para outros serviços, abrangendo uma população de cerca de 200.000 habitantes, sendo uma unidade de saúde que oferece cuidados extra-hospitalares, integrados a uma rede descentralizada de assistência em Saúde Mental.

Neste tipo de serviço a assistência ao paciente visa a reinserção social, reabilitação e reintegração à família, trabalho, escola, igreja e outros segmentos da comunidade, destacando-se o trabalho da equipe multiprofissional, na busca de realizar um trabalho interdisciplinar.

O Pronto Atendimento em Saúde Mental e Psiquiatria, que tem por objetivo controlar a gravidade do quadro, prestando atendimento ao cliente em sofrimento psíquico em caso de urgência, encaminhando o mesmo, após período de observação, quando necessário, ao serviço devido. Geralmente estão inseridos nos prontos-socorros gerais, possuindo leitos de observação por 48/72 horas; com cuidados intensivos, conforme a exigência de cada caso.

As Unidades Básicas de Saúde que contam com o trabalho da equipe mínima de Saúde: médico clínico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, podem ser capacitados como

promotores de saúde mental, uma vez que estão em contato direto com a população a ser assistida.

A equipe do Programa de Saúde da Família, tendo como premissa básica a assistência à pessoa como um todo, dentro do contexto familiar, é responsável não só pela promoção da saúde mental, pela prevenção das doenças, bem como pelo reconhecimento de problemas na área mental e na dinâmica familiar, dando-lhes o devido atendimento e encaminhamento, quando necessário.

Assim, as ações de saúde mental desenvolvidas nas UBS/UBSF caracterizam-se como de atenção primária, integrando profilaxia (prevenção/promoção) e tratamento dentro do limite de atuação e complexidade.

As Ações de Saúde Mental na Comunidade é uma modalidade de ação em saúde mental na qual o próprio ambiente comunitário é usado como intervenção terapêutica.

O ambiente físico, a clientela, a equipe e as políticas de saúde mental influenciam no desempenho dos indivíduos nas atividades cotidianas da comunidade. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo.

É nesse contexto, que os profissionais de saúde deverão estar se inserindo, num movimento de ir ao encontro do que a comunidade e o serviço básico de saúde oferece, integrando a saúde mental com a saúde geral do indivíduo, não se fazendo necessário a criação de ações específicas de saúde mental, mas, que as mesmas sejam integradas as demais, já desenvolvidas na comunidade.

Além disso, segundo Botega (1995) a portaria nº 224 do Ministério da Saúde, traz, em suas diretrizes, o atendimento universal, hierarquizado, regionalizado e integral, além da diversidade de métodos de tratamento. A referida portaria normatiza o atendimento em hospital geral, por meio de internação e emergência.

Um aspecto interessante é que, mais recentemente, por intermédio do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (Fideps, portaria conjunta MS-MEC nº 001/94), hospitais de ensino que atendam a determinados parâmetros, entre os quais se inclui enfermaria psiquiátrica com um mínimo de quatro leitos, ou hospital-dia, podem obter um adicional de 75% sobre a receita das internações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BEZERRA, JR., B.; AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BOTEGA, N. J. (org.) **Serviços de saúde Mental no Hospital geral**. Campinas: Papyrus, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 336/02/MS**. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 189/02/MS**. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 305/02/MS**. Brasília: MS, 2002.
- OMS. Organização Mundial da Saúde/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Report, 2001.
- PARANÁ. Comissão Estadual de Saúde Mental. **Normas de atendimento em saúde mental complementares à Portaria N° 224/92/MS**. Curitiba: CESM, 1999.
- PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- TUNDIS, S.A.; COSTA, N. do R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.