



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective

Reforma da assistência psiquiátrica brasileira: realidade e perspectiva

Reforma de la atención psiquiátrica en Brasil: realidad y perspectiva

Adriana da Cunha Menezes Parente¹, Luciana da Cunha Menezes², Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco³, Jaqueline Carvalho e Silva Sales⁴, Alexandre Castelo Branco Vaz Parente⁵

ABSTRACT

Objective: to conduct a debate on the reform of the Brazilian psychiatric care. **Methodology:** this is a reflective article about the current context and perspective of implementing a health policy that fully addresses the issues of mental health. **Results:** this must be a state policy as it represents a basic need of the individual and should be articulated along with other social policies to find solutions. To have in the community care for people suffering from psychiatric disorders, a conceptual re-construction on the theme along with basic health teams is a priority, because these are the professionals who give coverage to the system. **Conclusion:** in addition, the construction and expansion of physical facilities for the mental health care has been occurring widely in the country, which can be considered an advance in the structural area. However, the effectiveness of these services has now become a concern if we consider the principles, guidelines and models of care recommended in the area of mental health.

Key Words: Mental Health. Psychiatry. Health Policy.

RESUMO

Objetivo: realizar uma reflexão sobre a reforma da assistência psiquiátrica brasileira. **Metodologia:** trata-se de um artigo reflexivo acerca do contexto atual e das perspectivas de se implantar uma política de saúde que atenda integralmente as questões de saúde mental. **Resultados:** a reforma psiquiátrica brasileira deve ser entendida como uma política de estado, pois representa uma necessidade básica do indivíduo e deve estar articulada às demais políticas sociais para alcançar resolutividade. Para manter na comunidade os cuidados à pessoa acometida por transtorno psiquiátrico faz-se necessário prioritariamente uma reconstrução conceitual sobre a temática, junto às equipes básicas de saúde, pois estes são os profissionais que sustentam a cobertura de rede. **Conclusão:** a construção e ampliação de espaços físicos destinados ao atendimento em saúde mental vêm ocorrendo amplamente no território nacional, o que pode ser considerado um avanço estrutural na área. Todavia, a eficácia desses serviços tornou-se hoje uma preocupação se considerarmos os princípios, diretrizes e modelos de assistência preconizados na área de saúde mental.

Descritores: Saúde Mental. Psiquiatria. Política de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: llevar a cabo un debate sobre la reforma de la atención psiquiátrica brasileña. **Metodología:** Se trata de un artículo reflexivo sobre el contexto actual y las perspectivas para la implementación de una política de salud que atienda de manera integral los problemas de salud mental. **Resultados:** Esto debe ser entendido como una política de Estado, que representa una necesidad básica del individuo y debe articularse con otras políticas sociales para alcanzar la solución. Para mantener la atención en la comunidad de personas que sufren de trastorno psiquiátrico es necesario ante todo una reconstrucción conceptual sobre el tema, junto con los equipos básicos de salud, porque estos son los profesionales que apoyan a la cobertura de la red. **Conclusion:** Además, la construcción y ampliación de instalaciones físicas para la atención de salud mental se están produciendo ampliamente en todo el territorio nacional, lo que puede considerarse un avance en el área estructural, sin embargo, la eficacia de estos servicios se ha convertido en un problema si tenemos en cuenta los principios, directrices y modelos de atención recomendados en la salud mental.

Palabras clave: Salud Mental. Psiquiatría. Políticas de Salud

¹ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Docente Universidade Federal do Piauí. Membro do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental/UFPI. Email: adriana.parente@uol.com.br

² Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial /CAPS II - União. Teresina/PI. Email: lu_menezes@hotmail.com

³ Mestranda em Saúde da Família e docente da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI. Teresina/PI. Email: fernandamatos@novafapi.com.br

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI. Teresina/PI. Email: jaqueline-carvalho@uol.com.br

⁵ Doutor em Psiquiatria. Professor do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí. Email: alexparente@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Passados trinta anos após os primeiros movimentos que pensavam e se organizavam para modificar um modelo assistencial centrado em tratamentos não resolutivos, ainda se usa a terminologia de “reforma da assistência psiquiátrica”. Talvez pela diversidade territorial da nação, que culminou com diferentes estágios e discussões sobre o modelo de assistência, ou por ainda não se ter, concretamente um modelo definido e implantado ou talvez ainda pela necessidade de não se findar essa discussão, os profissionais trabalhadores de saúde mental utilizam-se desta expressão para discutir o cuidar nesta área.

Todavia, essa discussão ainda se faz necessária e relevante nos dias atuais, uma vez que a política nacional de atenção integral em saúde mental não se faz uniformizada no território brasileiro. O processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (RAPB) é um processo social e político complexo composto por diferentes e inúmeros atores, dentre os quais se têm as instituições e forças com singulares origens, que incidem em territórios diversos, universidades, associações de portadores de transtorno mental e familiares, serviços assistenciais, conselhos profissionais, movimentos sociais e na opinião pública⁽¹⁾.

Assim, segundo Ministério da Saúde^(1:6), o processo de RAPB é “compreendido por um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais que avança no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais”, o que conduz a uma ciclagem de ações e a movimentos constantes de discussões e focos de atenção.

Desde Franco Basaglia (precursor do movimento de reforma psiquiátrica Italiana e um dos principais influenciadores do movimento pela RAPB)⁽²⁾ as ideias acerca da psiquiatria são direcionadas para a reforma da assistência psiquiátrica, algo que tem modificado significativamente a rede hospitalar psiquiátrica⁽³⁾.

Hoje, a sociedade busca incessantemente o atendimento às necessidades da área de saúde mental bem como a diminuição de agravos e é por consequência dessa busca que surgem questionamentos constantes sobre os fatores que condicionam a implementação da Política de Saúde Mental baseada na desinstitucionalização. Esta representa uma crítica teórico-prática que reorienta

Reform of psychiatric care in Brazil... instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a insanidade mental⁽⁴⁾, assim a desinstitucionalização, é considerada um conceito fundamental na RAPB.

É neste contexto que o trabalho aborda a temática, através de uma reflexão do prisma atual e das perspectivas de se implantar uma política de saúde que se atenda integralmente as questões de saúde mental, que possibilite alicerçar novas discussões e operacionalização de ações efetivas e eficazes na área. Assim, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a reforma da assistência psiquiátrica brasileira.

TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSQUIÁTRICA

O início do processo de RAPB é contemporâneo à eclosão do movimento sanitário, porém tem uma história própria inscrita em contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar⁽¹⁾, que vem descrito, a seguir, através de sua trajetória histórica no território nacional. Pois, para se entender e compreender o cenário atual, necessita-se visualizar o caminho que culminou em uma proposta de mudança política, cultura, social e econômica no que tange a psiquiatria e a saúde mental.

O modelo de atenção em psiquiatria reflete a concepção da loucura pela sociedade. Assim, no território brasileiro tem-se um modelo centrado para o hospital psiquiátrico, que perdurou por séculos, pois a loucura era vista como sinônimo de ociosidade, periculosidade e indiferença.

Este modelo surgiu no final do século XIX inspirado pela psiquiatria francesa, com a criação do manicômio. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi inaugurado em 1852 (Dom Pedro II/RJ) destinado atender certa demanda de pacientes, porém, por ser o único hospital brasileiro, ocorreu em menos de um ano uma superlotação o que refletia em uma forma de assistência inadequada com deficiência de profissionais, alimentos e vestuários⁽⁵⁾.

A partir da criação deste hospital, outras instituições começaram a ser abertas em outros estados brasileiros seguindo o mesmo princípio de atendimento. Em São Paulo foi instalado o Asilo Provisório de Alienados e em seguida ocorreu a disseminação deste modelo por várias cidades brasileiras: Olinda, Salvador, São Luís e Porto Alegre⁽⁶⁾.

O modelo asilar, embora não tivesse um olhar voltado para assistência de fato ao doente mental, perdurou por muito tempo e foi se expandindo cada vez mais até que, na década de 70, começaram a surgir as primeiras denúncias por parte de funcionários sobre os maus-tratos e a forma inadequada de tratamento utilizada dentro das instituições⁽²⁾. No entanto, a sociedade ignorava o que acontecia dentro dos muros hospitalares, não se preocupava com a situação de descaso, aglomeração e má higienização em que vivam os internos.

Um exemplo, deste fato, são os relatos de indivíduos que ficaram 38 anos internados sem contato com seus familiares e o serviço ignorava as referências sociais⁽⁷⁾. A expansão dos manicômios está associada ao ensino e à prática médica, pois os médicos reivindicaram para si a responsabilidade sobre o trato aos pacientes que para eles eram doentes a serem tratados e não sujeitos dignos de caridade⁽⁸⁾. Desta forma, os portadores de transtornos mentais foram se tornando objeto para busca de conhecimentos.

Em 1978 surgiu o movimento da reforma psiquiátrica com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um movimento social marcado pela a luta popular em saúde mental, que protagonizou os anseios e as iniciativas pelas propostas inovadoras da assistência psiquiátrica nacional, buscando a transformação da mesma com a elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desinstitucionalização^(9,10).

As denúncias do MSTM giravam em torno da falta de recursos das unidades, da precariedade das condições de trabalho, maus tratos dos pacientes que habitavam o hospital psiquiátrico e a cronificação dos manicômios. Além disso, dentre as diversas reivindicações destacam-se a busca por melhores salários, redução do número excessivo de consultas e formação de recursos humanos⁽²⁾.

No mesmo período do MTSM, aconteceu o V Congresso Nacional de Psiquiatria que se caracterizou como o primeiro cenário de debate a favor de mudanças não apenas em questões referentes à política de saúde mental, mas também à crítica ao regime adotado pela política de Saúde Nacional^(10,11). Ainda, neste mesmo ano ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, com discussões similares referentes à introdução de redes alternativas à psiquiatria. E diante desse

acontecimento, oportunizou-se a vinda de conferências internacionais ao Brasil^(10,11).

Em 1979 foi realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e a partir daí outros movimentos sociais foram surgindo em outros estados brasileiros buscando a atenção de órgãos e técnicos responsáveis pela política do setor, para a organização dos regimentos das macro e micro-regiões, o que culminou posteriormente com as Conferências municipais, estaduais e por fim as Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Em 1987, ocorreu o segundo congresso do MTSM e I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) que trouxe como tema “Por uma sociedade sem manicômios” com as temáticas: Economia, Sociedade e Estado: impacto na saúde doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência em saúde mental; Cidadania e Saúde Mental: direitos, deveres e legislação em saúde mental. Este evento contou com grande participação popular e força ativa no intuito de construir uma opinião pública a favor da luta antimanicomial⁽⁸⁾, ocasionando uma concepção mais global e complexa⁽¹⁰⁾. Segundo seu relatório, esta ocorreu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal (de 1988) que estabelece como princípios a universalidade, integralidade e equidade, que passam assim a alicerçar os princípios também da RPAB. O MTSM, após 10 de sua formação transformou-se no movimento de luta antimanicomial, ainda hoje um importante movimento pela Reforma Psiquiátrica⁽¹²⁾.

Paralelamente à I CNSM, ocorriam reuniões pelo MTSM para decidirem novos rumos e estratégias de continuidade às mobilizações sociais. Essas discussões tiveram como lema “uma sociedade sem manicômios” e decidiram então organizar um II Congresso Nacional do MTSM. Esse percurso de debates é marcado pelo surgimento de modelos de atenção substitutivos dos manicômios como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse contexto, em 1989, surge o projeto de lei nº 3.657-3 de autoria do Deputado Paulo Delgado. Projeto este que se transformou em lei somente em 2001, porém, enquanto o projeto tramitava no senado, movimentos sociais (trabalhadores, educadores, representantes de entidades) discutiam e atuavam na busca de um novo modelo assistencial⁽⁸⁾.

Em 14 de novembro de 1990, o Brasil firma compromisso ao assinar a “Declaração de Caracas” que se constitui de um documento que marca as reformas na atenção a Saúde Mental nas Américas. Em 1992, impulsionado pela “Declaração de Caracas” ocorreu a II CNSM, que apresentou como temas: Rede de Atenção em Saúde Mental; Transformação e cumprimento de leis; Direito à atenção e direito à cidadania.

A CNSM II buscava reforçar os princípios do SUS determinados na VIII Conferência Nacional de Saúde como a universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação popular, consagrando-se em uma forte influência para consolidação de uma saúde benéfica para todos os indivíduos inclusive os portadores de transtornos mentais, e dessa forma assegurando a igualdade social⁽¹⁾.

Na década de 90, os movimentos sociais inspirados pelo projeto de lei do deputado Paulo Delgado conseguem aprovar em vários estados brasileiros leis que determinam a substituição progressiva dos leitos em hospitais por uma rede integrada de atenção em saúde mental.

Impulsionado pela aprovação da Lei nº 10.216 ocorreu o III CNSM com o lema “Cuidar sim, excluir não”, voltou suas discussões para reorientação do modelo assistencial, financiamento das ações de saúde mental, fiscalização e supervisão da rede hospitalar psiquiátrica, criação de novos serviços extra-hospitalares, entre outras preposições, criando forças para implantação das políticas de saúde mental⁽¹⁰⁾.

É somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que é sancionada a Lei nº 10.216/abril 2001 que direciona a assistência em saúde mental, e que “dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial”⁽¹⁾.

A Lei aprovada traz modificações importantes de seu texto original, redireciona a assistência, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios⁽¹³⁾. Ainda assim, impõe importante e significativo impulso ao processo de RPAB, pois foi no contexto da promulgação da Lei e da realização da III CNSM, que a política de saúde mental do Ministério da Saúde, alicerçada com as diretrizes da reforma, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentabilidade e visibilidade.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Como mencionado anteriormente, no território brasileiro, na década de 90, apesar de não existir diretrizes ministeriais concretas e legislativas para conduzir a assistência psiquiátrica há novos moldes e fazeres práticos, alguns territórios impulsionados pelas discussões e necessidades emergenciais criaram serviços chamados de substitutivos - ao modelo vigente até então.

Assim, no final da década de 90 existiam, no Brasil, 208 CAPS em funcionamento e os recursos do Ministério da Saúde destinados a hospitais psiquiátricos computavam 93%⁽¹⁴⁾. Porém, foi no final desta década que portarias e leis vieram reorganizar o panorama assistencial em saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei nº 10.216/01, almeja a concretização de um modelo de atenção com base comunitária e de sistema aberto, que garanta a circulação livre do usuário pelos serviços. Para tanto, medidas ministeriais foram lançadas para a estruturação de uma rede de serviços e equipamentos variados (Quadro 1).

Quadro 1 - Estruturação da política nacional de saúde mental - medidas ministeriais brasileiras

Portaria GM nº 1.720, outubro de 1994	Dispõem sobre a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental - com o intuito de promover, ampliar e dar visibilidade aos serviços de saúde mental - surge após a designação pela Federação Mundial de Saúde Mental e Organização Mundial de Saúde.
Portaria GM nº 1.0077, agosto de 1999.	Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, representando um suporte regulador e efetivo dos recursos financeiros para estados e municípios assegurarem e manterem um programa de farmácia básica em saúde mental para usuários de serviços públicos de saúde.
Lei nº 9.876, novembro 1999.	Regulamenta a criação e o funcionamento das cooperativas sociais. Nesta estão inclusos como beneficiários as pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos, com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho.
Portaria nº 106, fevereiro de 2000	Institui a implementação e o funcionamento de Serviços de Residência Terapêutica (SRT). Este equipamento de saúde se configura em casas localizadas em espaço urbano constituídos para atender as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos graves, egressos de hospital psiquiátrico ou não.
Portaria GM nº 175, fevereiro de 2001	Estabelece a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
Portaria GM nº 799, julho de 2000	Cria o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Determinando a avaliação da assistência prestada, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no País
Portaria/GM nº 251, janeiro de 2002	Dispõe sobre as diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria. Reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo e estruturando a porta de entrada para internações psiquiátricas na rede do SUS.
Portaria/GM nº 336, fevereiro de 2002	Dispõe sobre as diretrizes para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Estabelecendo as seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.
Portaria/GM nº 816, abril de 2002	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.
Portaria/GM nº 1.467, agosto de 2002	Cria a Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações, propor aperfeiçoamentos no sistema, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.
Portaria/GM nº 2.391, dezembro de 2002	Determina a notificação das internações psiquiátricas involuntárias. Define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, sendo um dos pontos necessários de regulamentação da Lei no 10.216.
Portaria/GM nº 1.946, outubro de 2003	Destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Constituindo Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS.
Portaria/GM nº 1.947, outubro de 2003	Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até 2004.
Portaria/GM nº 2.077, outubro de 2003	Regulamenta a Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta Para Casa”. Define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.
Portaria/GM nº 2.078, outubro de 2003	Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, composta pelos representantes de diversos segmentos e instituições da área, coordenada pela Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS.
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Fica instituído 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, nos termos desta Lei.
Portaria GM nº 52, de 20 de Janeiro de 2004	Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos.
Portaria GM nº 1.876, agosto de 2006	Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.
Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008	Dispõem sobre o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras drogas no SUS, definindo suas diretrizes gerais de ações e metas de ampliação e atualização.

Com o governo nacional instituindo legalmente modelos de definição e de estrutura assistencial em Saúde Mental, muitos locais do território nacional implantaram serviços (conforme suas características regionais) que interligados constituíram uma rede de saúde mental de atenção integral. As redes são implantadas, prioritariamente, através dos serviços dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) considerando o porte dos municípios: aqueles até 20.000 habitantes (Rede básica com ações de saúde mental); aqueles entre 20.000 a 70.000 habitantes (CAPS I e rede básica com ações de saúde mental); os com mais de 70.000 a 200.000 habitantes (CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental); municípios com mais de 200.000 habitantes (CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU)⁽¹⁵⁾.

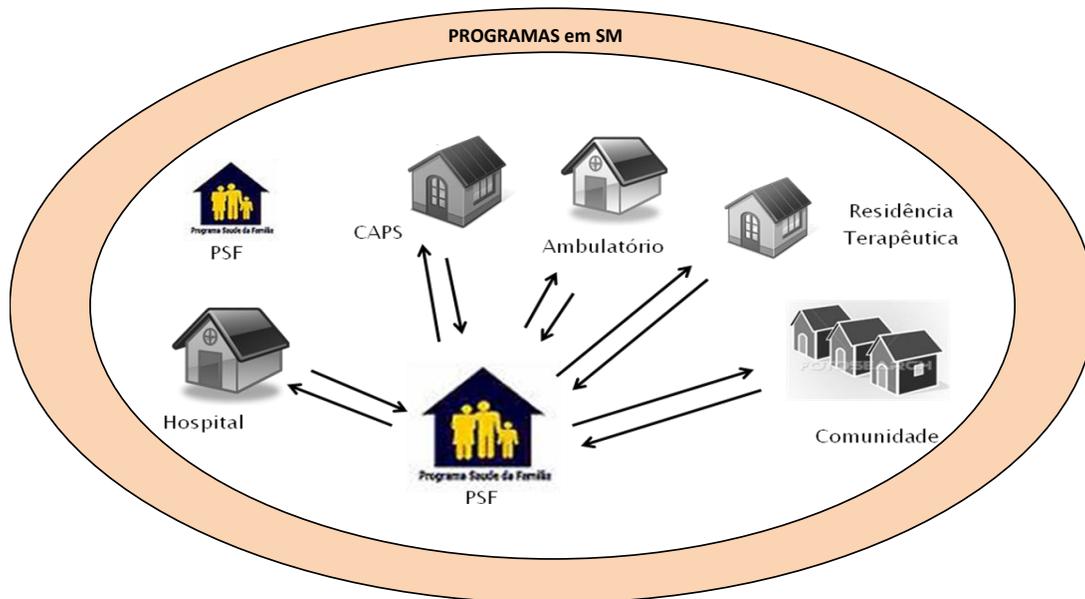
A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros, (e considerando a realidade local),

assim como a implantação de programas específicos (como o de volta para casa e de atenção a álcool e outras drogas) que contribuam para a estruturação e fortalecimento desta.

Segundo o Ministério de Saúde a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, CAPS, SRT, leitos em HG, ambulatorios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação⁽¹⁵⁾.

Assim, a noção de rede de atenção em saúde mental implica num conjunto de diferentes ofertas de cuidado realizadas por diferentes dispositivos. Estes são referenciados no território e encontram-se intimamente articulados de forma complementar (Figura 1).

Figura 1 - Articulação de rede em saúde mental⁽¹⁶⁾.



Ressalta-se que, para o funcionamento destes dispositivos em saúde mental, as ações devem ser organizadas a partir da constituição do entendimento de ligação entre os serviços e a implantação dos programas que recebem o apoio dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental busca e objetiva para o cenário atual: garantir o acesso aos serviços; reduzir leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico; ampliar a rede de modalidades terapêuticas: CAPS, Residências Terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospital geral e ambulatorios; implantar a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; promover educação permanente em saúde mental; formar recursos humanos; incentivar a participação de familiares no tratamento e cuidado a portadores de transtornos mentais; ratificar as diretrizes do SUS e do III CNSM; reverter o modelo hospitalar como referência em saúde mental para o atendimento extra-hospitalar; incluir as ações de saúde mental na atenção básica.

Quanto à última, as esferas nacional, estadual e municipal, vêm buscando realizar um trabalho de

sensibilização e capacitação com profissionais da Estratégia Saúde da Família apontando os indicadores de que: 3% população geral que sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% população apresenta transtorno psiquiátrico grave decorrente do uso de substâncias psicoativas; 12% população necessita de algum atendimento de saúde mental; 2,3 % do orçamento SUS é destinado a Saúde Mental^(1,16).

Assim, a saúde mental deve ser entendida como uma política de estado (está entre as políticas sociais instituídas constitucionalmente), pois representa uma necessidade básica do indivíduo e deve estar articulada às demais políticas sociais para alcançar respostas eficazes.

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou um balanço de 2009 e perspectivas para 2010 na saúde mental, apontando as fragilidades da rede de saúde mental como a cobertura em saúde mental ainda deficiente em vários estados, a baixa efetividade de diversos CAPS, a insuficiência da articulação com a rede de urgência/emergência e a demanda oriunda do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. E

como avanços da Política Nacional de Atenção Integral em Saúde Mental, têm-se o aumento das publicações científicas na área, a contratação de profissionais de saúde mental (30% da equipe) para integrarem as equipes dos NASFs, a implantação de 141 novos CAPS, no território nacional, a implantação do plano emergencial para ampliação do acesso ao tratamento e prevenção para álcool e outras drogas e as ações voltadas à formação permanente⁽¹⁵⁾.

Em 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com discussões pertinentes a expansão e qualificação dos CAPS, ao Programa de Volta para Casa, a Saúde Mental Infante-Juvenil, a arte, cultura e renda, a maior implantação de leitos de atenção integral em hospitais gerais, a campanha nacional de alerta e prevenção ao uso do crack, as escolas de redutores de danos e o consultório de rua. O relatório final desta traz como proposta ampliar, implantar, consolidar e fortalecer a rede de serviços em Saúde Mental, em todo território nacional, priorizando as regiões carentes de assistência na área, garantindo os princípios do acolhimento, do acesso acolhimento e o tratamento de toda a população, em todos os níveis assistenciais⁽¹⁶⁾, como garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Neste sentido, embora os serviços e programas propostos pelo governo apresentem diretrizes e princípios confluentes para a concretização de uma prática assistencial integral em saúde mental, no cotidiano onde é operacionalizado e concretizado este processo, ambos trafegam na contramão inviabilizando assim, a resolutividade da assistência integral⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção Integral em Saúde Mental vem nos últimos anos, adquirindo força com relação à implantação de uma rede de serviços que integram a saúde pública. Está sendo ampliada nos estados e municípios seguindo diretrizes nacionais, porém muitos são os desafios, uma vez que, para a efetivação desses serviços necessita-se prioritariamente de recursos humanos qualificados.

Como discutido no presente trabalho, busca-se a efetivação de uma rede aberta com base na comunidade. Todavia, para a construção de uma rede efetiva e eficaz com resolutividade, isto é, manter na comunidade os cuidados a pessoa acometida por transtorno psiquiátrico e sua família, acolhida e segura, para a manutenção do cuidado, faz-se necessário prioritariamente uma re-construção conceitual junto a equipes básicas de saúde sobre a temática.

Pois, os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro(a) que sustentam a cobertura de rede devem estar seguros e contar com uma equipe de suporte (NASF, CAPS), que assegurem treinamentos, capacitações, encaminhamentos e acolhimentos, uma vez que, somente indicar as equipes básicas de saúde como integrantes a rede não indica necessariamente que estas estão preparadas para assumirem no seu dia-a-dia os programas de saúde mental.

Ainda, a construção e ampliação de espaços físicos destinados ao atendimento em saúde mental vêm ocorrendo amplamente no território nacional, o

que pode ser considerado um avanço estrutural na área, porém, a eficácia desses serviços tornou-se hoje uma preocupação que deve ser considerada como uma necessidade de saúde pública, pois estes serviços são as “linhas da teia” que fortalecem a rede de saúde mental e o fracionamento de recursos humanos pode conduzir a uma desassistência na área.

Assim, muitos são os avanços e os pontos positivos no que tange os princípios, diretrizes e modelos de assistência na área de saúde mental (dentre elas a assistência de enfermagem), porém atualmente o caminho e as perspectivas futuras estão centrados, não em avanços tecnológicos ou estruturais, mas sim em melhoria dos recursos humanos.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.
2. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1° ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
3. Lougon M. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiqu. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(2): 23-7.
5. Rezende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: política de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p.15-73.
6. Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
7. Menezes AC, Pereira MAO. Santa Tereza - esta é minha história: o significado do processo de transformação da assistência para uma moradora do NC. Rev Rene 2011; 2(1): 20-6.
8. Tarelou GQ. Em busca da saúde mental: as lutas antimanicomiais e as experiências adreenses. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
9. Paulin ZF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências e Saúde- Manguinhos 2004; 11(2):241-58.
10. Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Fio Cruz: Rio de Janeiro; 2002.
11. Rosa LCS. O nordeste na reforma psiquiátrica. Teresina: ADUFPI; 2006.
12. Amarante P. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Fio Cruz: Rio de Janeiro; 2006.
13. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Fio Cruz: Rio de Janeiro; 2010.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília; 2004.

15. Ministério da Saúde (BR). Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas para 2009. Brasília; 2008.

16. Carvalho, C. M. S. Saúde mental na atenção básica. In: II Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial. Curso: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Piauí. Teresina (PI), 2010.

17. Colveiro LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2): 197-205.

18. Gonçalves AM, Sena SS. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enferm 2001; 9(2): 48-55.

19. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007; 60(4): 391-5.

20. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária construção de competências. Rev Bras Enferm 2011; 63(4): 666-70.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/09/24

Accepted: 2013/05/06

Publishing: 2013/07/01

Corresponding Address

Rua Padre Cirilo Chaves, 1877, Ap. 802, CEP 64045-310. Teresina, PI.