



REFLEXÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E SUAS DIMENSÕES

REFLECTIONS ON THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM AND ITS DIMENSIONS

REFLEXIONES SOBRE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA Y SUS DIMENSIONES

Raionara Cristina Araújo Santos¹, Joao Mario Pessoa Júnior², Rafaella Leite Fernandes³, Simone Regina de Carvalho⁴, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda⁵

RESUMO

Objetivo: analisar de maneira contextual as faces da Reforma Psiquiátrica Brasileira pelas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. **Método:** ensaio teórico, utilizando-se o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress. **Resultados:** a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica Brasileira caracteriza-se pelo conjunto de conhecimentos sobre o saber/fazer psiquiátrico. A dimensão técnico-assistencial refere-se à reorganização dos serviços de saúde mental. A dimensão jurídico-política consiste em uma revisão das legislações civil, penal e sanitária dos conceitos sobre doença mental. A dimensão sociocultural corresponde ao conjunto de práticas sociais para transformar a concepção de doença mental junto à sociedade. **Conclusão:** as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira revelam obstáculos e desafios na busca pela melhoria no atendimento ao portador de transtorno mental pela (re) formulação conceitual, legal e operacional do doente e da doença mental. **Descritores:** Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Prática Profissional; Relações Profissional/Família.

ABSTRACT

Objective: to contextually analyze the faces of the Brazilian Psychiatric Reform by the theoretical-conceptual, technical-assistential, legal-political and socio-cultural dimensions. **Method:** it is a theoretical essay, which makes use of the theoretical benchmark of Hinds, Chaves and Cypress. **Results:** the theoretical-conceptual dimension of the Brazilian Psychiatric Reform is characterized by the set of knowledge about knowledge the psychiatric know/how. The technical-assistential dimension refers to the reorganization of mental health services. The legal-political dimension is a review of the civil, criminal and sanitary legislations of the concepts about mental illness. The socio-cultural dimension corresponds to a set of social practices to transform the concept of mental illness together with society. **Conclusion:** the four dimensions of the Brazilian Psychiatric Reform reveal barriers and challenges in the quest for improvement in care for patients with mental disorders by means of conceptual, legal and operational (re) formulation of the patient and the mental illness. **Descriptors:** Mental Health; Reform of Health Services; Professional Practice; Professional/Family Relationships.

RESUMEN

Objetivo: analizar de manera contextual las etapas de la Reforma Psiquiátrica Brasileña por las dimensiones teórico-conceitual, técnico-asistencial, jurídico-política y sociocultural. **Método:** ensayo teórico, utilizando el marco teórico de Hinds, Chaves y Cypress. **Resultados:** la dimensión teórico-conceptual de la Reforma Psiquiátrica Brasileña se caracteriza por el conjunto de conocimientos sobre el saber/hacer psiquiátrico. La dimensión técnico-asistencial se refiere a la reorganización de los servicios de salud mental. La dimensión jurídico-política consiste en una revisión de las legislaciones civil, penal y sanitaria de los conceptos sobre la enfermedad mental. La dimensión sociocultural corresponde al conjunto de prácticas sociales para transformar el concepto de enfermedad mental en la sociedad. **Conclusión:** Las cuatro dimensiones de la Reforma Psiquiátrica Brasileña revelan obstáculos y desafíos en la búsqueda de la mejoría en el atendimento al portador de trastorno mental por la (re) formulación conceptual, legal y operacional del enfermo y de la enfermedad mental. **Descriptor:** Salud Mental; Reforma de los Servicios de Salud; Práctica Profesional; Relaciones Profesional/Familia.

¹Enfermeira, Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF-UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: raionara_cristina@yahoo.com.br; ²Enfermeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF-UFRN. Bolsista da Capes. Natal (RN), Brasil. E-mail: jottajunior@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF-UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: Bolsista da CAPES. Natal (RN), Brasil. E-mail: perreque@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/CAPSad. Parnamirim (RN), Brasil. E-mail: simone.rc.lu@gmail.com; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Graduação /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Coordenador), Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF-UFRN. Natal (RN), Brasil.. E-mail: farnoldo@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, impulsionado pelo processo de redemocratização do país e por críticas ao modelo hospitalocêntrico, aos dispositivos terapêuticos e ao aparato médico-psiquiátrico, até então hegemônico na abordagem ao transtorno mental, o Movimento de Reforma Psiquiátrica organizou-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como eixo a dimensão “desinstitucionalizante” desses movimentos.¹

A desinstitucionalização da assistência em saúde mental, entendida como desconstrução do saber médico constituinte da psiquiatria,¹ impulsionou a transformação do caráter conferido às internações psiquiátricas, que passaram a ser utilizadas no intuito de salvaguardar a integridade de pacientes afetados por alguma enfermidade psíquica que pudesse colocar em risco suas vidas e a de terceiros, em condição ou situação de crise e risco, devendo ser empregada somente na impossibilidade do acompanhamento comunitário e interrompida com a melhora do quadro clínico do indivíduo.²

De inspiração basagliana, a desinstitucionalização encerra dimensões políticas, econômicas, conceituais, sócio-históricas e éticas reconfigurando os espaços verticalizados herdados da tradição psiquiátrica e de suas práticas e poderes para a perspectiva horizontalizada das práticas e saberes em saúde mental centrada na pessoa, família e comunidade, através dos espaços de acolhimento, cuidado, sociabilidade e subjetividades.³

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) consiste em um processo político de transformação social caracterizado pela reestruturação dos serviços e dos processos de trabalho na atenção psiquiátrica com vistas a novas formas de cuidado mais humanas e voltadas para a melhoria da qualidade de vida pela criação de espaços de produção de relações sociais e afetivas.⁴ Tal fato implica reformar as mentalidades, os hábitos e os costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente e ao desconhecido. Ao ser reconfigurada, a RPB trata de ruptura radical com o modelo asilar predominante através do questionamento de seus conceitos, de suas práticas baseadas no positivismo e na racionalidade científica.

Este artigo tem por objetivo:

♦ Analisar de maneira contextual as faces da Reforma Psiquiátrica Brasileira pelas

dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

DESENVOLVIMENTO

Ensaio teórico no qual se utilizou o referencial teórico que caracteriza o contexto em quatro camadas interativas - o imediato, o específico, o geral e o metacontexto.⁵

Tais camadas se desdobram desde o significado totalmente individualizado ao significado quase universal, onde o pesquisador descreve e analisa os aspectos conceituais através da interpretação dos resultados do estudo.

O contexto, nessa perspectiva, pode ser compreendido como a relação, o fenômeno e a situação em que ocorre, permitindo aproximação do pesquisador com o evento a ser estudado. A aproximação torna-se imprescindível para a predição, explanação e compreensão do fenômeno.⁵

O contexto imediato tem como característica principal o presente e é representado pelo fenômeno em si⁵ que, neste estudo, representa o saber/fazer psiquiátrico, ou seja, a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O contexto específico engloba os elementos no ambiente que influenciam o fenômeno,⁵ sendo constituído pela forma de organização dos serviços de saúde mental observados na dimensão técnico-assistencial da RPB.

Os quadros de referência de vida do sujeito, desenvolvidos a partir de suas interpretações derivadas das interações passadas e atuais, constituem o contexto geral - essa camada explica o porquê do fenômeno ocorrer da forma observada.⁵ Neste ensaio, esse contexto configura-se na dimensão jurídico-política da RPB que aborda as legislações civil, penal e sanitária dos conceitos e definições relativos ao doente e à doença mental.

O metacontexto reflete e incorpora o passado e o presente, descrevendo a visão social do fenômeno⁵ mostrada na dimensão sociocultural da RPB, a qual trata do conjunto de práticas sociais que visam transformar a concepção de doença mental junto ao imaginário social.

♦ Contexto imediato: a dimensão teórico-conceitual ou epistemológica da RPB

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica da RPB caracteriza-se pelo conjunto de questões centradas no campo da produção de conhecimentos que fundamentam o saber/fazer psiquiátrico. Essa dimensão vai

desde a reflexão das concepções mais fundamentais da psiquiatria, tais como doença mental, isolamento, normalidade, anormalidade, alienação, cura, entre outros, até a reconstrução de tais conceitos e invenção de um novo marco teórico.⁶ Trata-se não apenas de nova maneira de olhar para o mesmo objeto, mas de uma ruptura epistemológica que revela um campo subjetivo, abrangente e complexo.

A formulação do saber psiquiátrico, a maneira como esse saber se organiza (ou) diante do real sofrimento dos portadores de transtorno mental e/ou comportamental e as propostas de reforma psiquiátrica estão diretamente relacionadas. A maneira como é pensada tais relações definem as posições perante aqueles indivíduos, a doença mental e a sua forma de tratamento, gerando opiniões divergentes e até opostas. Assim, pode-se afirmar que as concepções pessoais, sociais e culturais sobre o que é e como se construiu o campo teórico e psiquiátrico definem as estratégias políticas e assistenciais de uma determinada sociedade na sua relação com o louco e com a loucura.⁷

Ressalta-se que o caminho histórico percorrido pelo saber psiquiátrico recebeu contribuição do conhecimento advindo das ciências naturais e, conseqüentemente, pelo paradigma positivista, estruturante da racionalidade científica nascida no século XVI, promotora da ruptura entre o divino e o humano, marcando a transição do mundo feudal para a modernidade. A natureza deixava de ser vista como conjunto de forças situado para além da compreensão humana para tornar-se um objeto submetido à dominação do homem através da razão.⁸

A partir do século XVIII, o paradigma positivista se impôs como modelo global e totalitário, instaurando com ele a concepção exclusivista da ciência como único caminho para a obtenção da verdade. Na passagem do século XVII ao XVIII, o hospital se organizou como instrumento e *lócus* do poder e saber médico, fazendo com que a loucura recebesse o estatuto de doença mental instituindo o internamento como medida de caráter médico.⁹

Neste contexto, a psiquiatria passou a considerar a doença mental como um “objeto natural, externo ao homem”, separando-a do indivíduo que a vivencia e da sociedade que a permeia. Assim, a psiquiatria ocupou-se unicamente da objetividade da doença e seu tratamento médico, orientando ações e práticas voltadas para a patologia clínica na busca ininterrupta pela linearidade da relação causa e efeito da doença mental, esquecendo-

se da individualidade e subjetividade dos sujeitos.¹⁰

As transformações na conjuntura política e social do mundo e do setor saúde evidenciaram a insuficiência do paradigma positivista em solucionar ou responder os novos problemas advindos de tais mudanças,¹¹ ocasionando o que Kuhn¹² denominou de crise paradigmática. Não menos diferente, embora com certo atraso, esse panorama de conflitos epistemológicos e paradigmáticos proporcionou o surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promovendo uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria clássica racionalista, redirecionando seu olhar à complexidade da experiência/sofrimento psíquico do sujeito e de sua relação com a sociedade através da adoção do pressuposto teórico da Psiquiatria Democrática Italiana, inspirado em Franco Basaglia, colocando a doença entre parênteses.¹³

Tal ideia pode ser compreendida, de um lado, como modo de produção de conhecimento, ou seja, uma atitude epistêmica, uma vez que compreende a interrupção de um determinado conceito e resulta na possibilidade de novas relações empíricas com o fenômeno em questão, pois “Na medida em que a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata”.^{10:67} De outro, denuncia a exclusão social e política a que são submetidos os portadores de transtornos mentais e/ou comportamentais ao longo de sua historicidade.

Diante dessas transformações conceituais e estruturais, ocorreu uma maior visibilidade e valorização da subjetividade e inclusão social do sujeito. A ruptura da relação doença-doente mental favoreceu o aparecimento de outro importante conceito da Reforma Psiquiátrica. Trata-se do conceito da desinstitucionalização, o qual rompe o isolamento, permitindo o contato do portador de transtorno mental e/ou comportamental com a possibilidade do convívio em família e na sociedade em geral através de espaços coletivos, tornando-o cidadão.¹⁴

Destarte, a dimensão epistemológica da RPB rompe com o arcabouço teórico-prático da psiquiatria clássica, redirecionando-o para novas formas de se compreender e experienciar o sofrimento psíquico, embora esta coexista com a persistência da lógica manicomial, estigmatizante e segregadora observável em alguns serviços de saúde, em profissionais e na própria sociedade. Ressalta-se que o processo de substituição do hospital

psiquiátrico por uma rede articulada de atenção em saúde mental de natureza psicossocial ultrapassa o simples deslocamento dos espaços de cuidar para uma complexa mudança de paradigmas e da maneira de ver e fazer saúde mental.¹⁵

O paradigma da atenção psicossocial, ou também entendido como marco teórico, objetiva transformar a lógica organizacional dos serviços de saúde mental e criar uma rede de atenção substitutiva ao hospital, pautada na atenção territorial, humanizada e inclusiva da pessoa com transtorno mental e/ou comportamental.¹⁰

♦ Contexto específico: dimensão técnico-assistencial da RPB

A dimensão técnico-assistencial refere-se à construção da nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de produção de subjetividades, sociabilidade, cuidados, geração de renda, inclusão social, moradia, trabalho, lazer, enfim, de produção e melhoria de vida. Trata-se, portanto, de (re) formular lugares e conceitos arraigados presentes na psiquiatria, a fim de conhecer-se o singular do mundo de cada usuário.⁶

Na história da loucura, são inúmeros os relatos de abandono, violência, exclusão e práticas discriminatórias sofridas pelos portadores de transtorno mental e/ou comportamental internados em instituições asilares.³ Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. Assim, perpetua-se, o modelo psiquiátrico centrado no hospital baseado na desumanização, no isolamento, na punição, na repressão e na mercantilização da doença mental. Portanto, a RPB deve substituir a lógica manicomial por uma lógica de lugares de cuidado, acolhimento e troca social.

Os marcos inaugurais e paradigmáticos da reversão do modelo manicomial para uma nova prática de cuidados estiveram associados ao surgimento de serviços considerados alternativos aos hospitais psiquiátricos, dentre eles, destacaram-se a Casa de Saúde Anchieta e o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira (atualmente conhecido como CAPS Itapeva), ambos localizados no Estado de São Paulo, e o Centro Comunitário de Saúde Mental São Lourenço do Sul, também conhecido como “Nossa Casa”, no Estado do Rio Grande do Sul.¹

Tais experiências exitosas de cuidado extra-hospitalar em saúde mental foram consideradas como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade. Assim, ao produzir práticas e saberes na perspectiva da atuação

psicossocial, requerendo mudanças no processo de trabalho face ao protagonismo que se instalara, contribuíram para a implantação de um modelo substitutivo ao manicômio, pautado na não-violência, no acolhimento, na humanização, na valorização do indivíduo e dos processos de trabalho de base comunitária.

Salienta-se que esse processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção em saúde mental perpassa o simples deslocamento dos espaços de cuidado, envolvendo uma complexa mudança de paradigmas, práticas e saberes no campo da saúde mental. As mudanças organizaram-se a partir de ferramentas conceituais consideradas peças indissociáveis do cotidiano dos novos serviços, tais como o cuidado, o território, a responsabilização e o acolhimento.¹⁵

O cuidar, nesta nova perspectiva, põe em destaque a doença mental, o profissional e o familiar, cada um em relação com o outro, como um sujeito complexo e subjetivo que possui necessidades, sentimentos, desejos e que também sofre.¹³ Esse processo de cuidado adensa-se ao conceito de território, que é, a seu turno, complexo e dinâmico.¹⁶ Constitui-se, fundamentalmente, pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, entre outros).¹⁴

O eixo central da nova proposta de atenção psicossocial busca as potencialidades do território, ou seja, procura exercer uma prática voltada para a formação de uma rede de serviços que articule os diferentes recursos disponíveis no sistema de saúde e na comunidade, de modo a reinserir, cada vez mais, o indivíduo em seu contexto social.¹⁰ Dessa forma, prescinde da responsabilização por parte dos atores e demais instâncias sociais envolvidas em tal processo, constituindo-se em um dos grandes desafios enfrentados pela RPB.

Ressalta-se que o encargo pelos cuidados ao portador de transtorno mental e/ou comportamental não é responsabilidade exclusiva dos familiares, nem tampouco dos profissionais de saúde e das instâncias públicas de amparo, mas sim algo que exige distribuição, delegação e negociação de responsabilidade entre todos esses atores sociais.¹⁷ Diante disso, mostra-se a relevância da equipe de saúde mental para a interlocução entre as ferramentas conceituais que orientam as práticas assistenciais e os atores sociais que vivenciam este processo,

requerendo, para tal, profissionais com visão holística e capacitados para oportunizar a construção de vínculo entre o portador de transtorno mental-família-comunidade-serviços de saúde, garantindo a organização do fluxo de responsabilidades entre as diversas instâncias envolvidas nesse processo, além de um atendimento humanizado e resolutivo.¹⁸

Deve-se salientar que, se por um lado alguns profissionais e serviços procuram concretizar as propostas da RPB, por outro, muitos profissionais e serviços substitutivos ainda permanecem guiados pela lógica manicomial, impedindo a efetivação teórico-prática dessa reforma.

Frente ao exposto, depreende-se que a compreensão da Reforma Psiquiátrica situa-se além de uma mera transformação estrutural dos serviços de saúde, pois, na realidade, consiste no estabelecimento de uma diversidade de estratégias de cuidados que envolvem o reconhecimento do território e seus recursos, a responsabilização dos serviços de saúde e dos profissionais sobre a demanda desse território, além de uma estratégia de acolhimento e criação de vínculos entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

♦ Contexto geral: dimensão jurídico-política da RPB

Reordenam-se e discutem-se os marcos políticos mais significativos para a implantação e consolidação da RPB, a qual tem sua origem como movimento social no final dos anos 1970, organiza-se e fortalece-se nos anos 1980 e transforma-se em política pública de saúde nos anos 1990.

A dimensão jurídico-política da RPB configura-se como uma revisão das legislações civil, penal e sanitária acerca dos conceitos e definições que relacionam a doença mental à irracionalidade, incapacidade e periculosidade, propondo modificações nas relações sociais e civis em termos de cidadania e de direitos humanos e sociais dos portadores de transtornos mentais e comportamentais. Trata-se de uma luta política para transformação social, dando voz a quem não possui direito, a quem não é considerado um cidadão, sendo calado e silenciado por longos intervalos de tempo.⁶

As décadas de 1940 e 1950 foram marcadas pela consolidação da política hospitalar pública como principal instrumento terapêutico em psiquiatria, pelo estímulo à expansão dos leitos psiquiátricos por meio do estabelecimento de convênios entre os governos estaduais para a construção de hospitais. Durante essa fase, a psiquiatria

buscava sua consolidação como ciência no Brasil. Logo, surgiu a necessidade do hospital e da criação de novas técnicas terapêuticas que substituíssem o caráter custodial atribuído, inicialmente, ao hospital psiquiátrico.¹⁹

Depois do Golpe Militar de 1964, iniciou-se a chamada “mercantilização” da loucura, promovida por convênios firmados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967, transformando a doença mental em um negócio bastante rentável e lucrativo. Esse comércio escondia as precárias condições a que eram submetidos inúmeros pacientes internados nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Esse quadro originou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), tido como o marco histórico da RPB, constituído por trabalhadores integrantes da reforma sanitária, sindicalistas, associações de familiares e de profissionais, com o propósito de denunciar a violência nos manicômios, a hegemonia da rede privada de assistência e a consequente indústria da loucura, bem como a construção coletiva da crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico.²⁰

Ressalta-se que esse movimento enfrentou, ao longo de sua história, muitos adversários poderosos, tais como os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados, os quais não queriam perder sua valiosa fonte de renda, assim como entidades médicas, profissionais e familiares mais conservadores que achavam que “louco” deveria permanecer internado no hospital.²¹ Dessa forma, salienta-se que a RPB, enquanto movimento social, surgiu da mobilização e articulação de diversos atores e setores da sociedade civil, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, com o objetivo de politizar a saúde mental através do intermédio entre a luta contra a forma de tratamento oferecida pelos manicômios e a busca por novas estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental e/ou comportamental.

A superação do modelo manicomial, essencialmente hospitalocêntrico e excludente, buscou resgatar a cidadania do doente mental, encontrando apoio nas políticas de saúde do Brasil, suscitadas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, da II CNSM, em 1992, da III CNSM, realizada em 2001¹, e da IV CNSM-Intersectorial, ocorrida no ano 2010.

Na década de 1990, percebe-se a ocorrência de eventos importantes para a área da saúde mental, aliada à criação de diversas

leis e portarias ministeriais, especialmente a Portaria nº 189/91 e a Portaria nº 224/92. Ressalta-se que a articulação entre os novos serviços criados e os diversos atores e segmentos sociais - usuários, familiares e organizações não-governamentais - fez com que o movimento da RPB adquirisse visibilidade no aparelho estatal brasileiro.

Esse contexto propiciou a promulgação, em 2001, da Lei 10.216, resultante do Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei dispõe sobre a proteção dos direitos dos portadores de transtorno mental e/ou comportamental, com redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Salienta-se que ela não defende a extinção progressiva dos leitos manicomiais e nem estabelece a internação psiquiátrica nos termos definidos no Projeto de Lei original. Prevê apenas, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; reafirma a indicação da internação, mesmo ao restringi-la às situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes; e estabelece as formas de internação voluntária, involuntária e compulsória, reafirmando assim a legislação vigente.²²

Em 2002, como consequência da III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/2002, propondo um novo modelo de assistência centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais foram definidos como serviço ambulatorial de atenção diária com base na lógica do território; a criação de três diferentes tipos de CAPS, a saber: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.²³

Os CAPS podem ser definidos como articuladores da política de saúde mental em um determinado território, possuindo como função organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e /ou comportamentais através do atendimento diário e da utilização dos recursos comunitários à sua volta, a fim de promover a (re) inserção social desses sujeitos.²⁴

Acrescenta-se a esses marcos históricos a IV CNSM-Intersetorial realizada no ano de 2010, sendo a primeira das Conferências de Saúde Mental com caráter deliberadamente intersetorial. Essa conferência reforçou temas relevantes para o campo da saúde mental na perspectiva da intersetorialidade, promovendo deliberações acerca dos avanços

e desafios para a melhoria dos cuidados em saúde mental no território e contemplando a necessidade de ações intersetoriais para o fortalecimento das ações em saúde mental no cenário atual da RPB.²⁵

Resenha-se a dimensão jurídico-política da RPB e mostra-se a trajetória da construção e normatização da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) através da criação e publicação de diversas leis, portarias, programas, estratégias e organização de atores e segmentos sociais com o objetivo de oferecer e garantir os direitos para o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental e/ou comportamental por meio do redirecionamento comunitário da assistência, bem como da inclusão social no mercado de trabalho e na sociedade em geral, ocasionando, dessa forma, em uma mudança paradigmática na saúde mental brasileira.

♦ **Metacontexto: dimensão sociocultural da RPB**

A dimensão sociocultural corresponde ao conjunto de práticas sociais que visam transformar a concepção de doença mental junto ao imaginário social, modificando as relações entre a sociedade e a loucura. Refere-se à construção de outro lugar social para a doença mental em nossa cultura e em nossos costumes.⁶ É transformar a relação da sociedade com a loucura, convidando-a a refletir sobre sua relação com a diferença, com o preconceito, com o desconhecido, ou seja, promover uma verdadeira transformação social.

A dimensão sociocultural da RPB promove o envolvimento da sociedade nas discussões da Reforma Psiquiátrica, com a finalidade de estimular o imaginário social a analisar crítica e reflexivamente os temas da loucura, da doença mental, da exclusão do portador de transtorno mental e /ou comportamental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da produção cultural e artística dos diversos atores sociais envolvidos, sejam eles usuários, familiares ou técnicos dos serviços de saúde.¹⁰

As manifestações populares como blocos de carnaval, programas de rádio e televisão, grupos teatrais e as diversas produções literárias, musicais e artísticas possuem a capacidade de mostrar o cotidiano dos serviços de saúde mental e de seus usuários de uma maneira lúdica para a sociedade, desconstruindo o arquétipo de incapacidade e periculosidade associado à imagem do portador de transtorno mental e/ou comportamental.

Desse entendimento, ressalta-se que as expressões artísticas, além de se configurarem

como importantes instrumentos de comunicação entre os serviços de saúde mental e a sociedade, representam uma ferramenta significativa de educação em saúde, na medida em que sensibilizam as pessoas para a importância de reconhecer, na diferença, as potencialidades e a subjetividade de cada um, auxiliando no rompimento de rotulações e conceitos arraigados da psiquiatria clássica.¹⁷

Salienta-se que tal rompimento consiste em um imenso desafio, uma vez que a sociedade e alguns profissionais de saúde detêm um repertório social sobre a loucura e o louco herdado do senso comum, como um legado cultural, caracterizado por uma herança manicomial e hospitalocêntrica de medicalização e exclusão do portador de transtorno mental e/ou comportamental.²⁶ Pensando nisso, instituiu-se no dia 18 de maio do calendário nacional brasileiro, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, sendo tal data escolhida devido à data do Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987. Nesse dia, ocorreram, em todo o país, atividades culturais, políticas, acadêmicas e esportivas, dentre outras, que promoveram o debate e instigaram a sociedade a participar e a discutir sobre a Reforma Psiquiátrica, como forma de ampliar a consciência da sociedade para o preconceito, o estigma e a exclusão social dos portadores de transtornos mentais e/ou comportamentais, demolindo os muros nas representações, na memória e no imaginário social.

A proposta de mudança do modelo assistencial em saúde e em psiquiatria também implica, necessariamente, na transformação do processo de formação dos profissionais. A construção de outro lugar social para a loucura mostra a necessidade de articulação com o projeto de formação de outro olhar sobre o processo saúde-doença, para suas demandas, para suas necessidades, para as formas e os modos de resolução.²⁷

Espera-se da reforma psiquiátrica um protagonismo, pois não é simplesmente a transferência do doente mental do hospital para o confinamento em sua casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Busca-se a reintegração do sujeito à família e à sociedade pelo resgate ou do estabelecimento da cidadania do doente mental, do respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento.²⁸

A intensa sobrecarga emocional e de trabalho do familiar do portador de transtorno mental e/ou comportamental decorrente, principalmente de uma zona de conflito e

tensão gerada na convivência familiar, pode, respeitando-se as especificidades de cada caso, desencadear atitudes de incompreensão familiar e até de rejeição, motivadoras de reinternações sucessivas ou de internações permanentes. Desse modo, faz-se imprescindível recolocar a unidade familiar em uma posição de copartícipe e corresponsável pelo cuidado de seus membros, tornando-a agente de transformações nos diversos cenários assistenciais.¹³

O processo de formação de recursos humanos para a área da saúde mental requer das universidades um grande esforço em (re) formular seus olhares e discussões sobre as questões mais recentes da saúde mental, construindo uma produção teórica considerável sobre a temática. Entretanto, reconhece-se que esse empenho ainda não é suficiente para suprir a demanda por qualificação específica para trabalhar dentro da perspectiva filosófica da Reforma Psiquiátrica.²¹

A enfermagem tem revelado em seus diversos trabalhos sobre a loucura, novas formas de cuidar na saúde mental e Reforma Psiquiátrica, mostrando um comprometimento real com a essência apreendida pelo cuidado enquanto prática social, possuindo uma vasta produção científica acerca do conjunto de preocupações e desafios para a profissão.²⁹

A dimensão sociocultural da RPB expõe a relação com o outro à medida que há compartilhamento de eventos, confraternização e mobilidade humana ao se deparar com a questão das sensações de rejeição e/ou tranquilidade e alívio experimentados pelo familiar quando da (re) internação de parente portador de transtorno mental e/ou comportamental.

Portanto, a RPB consiste em um processo de desinstitucionalização do social, do desapego às formas de vida institucionalizadas e rígidas, mostrando a necessidade e importância da escuta qualificada, do reconhecimento da subjetividade, da busca pela emancipação política, pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social, ocasionando, assim, a convivência tolerante com a diferença.

Nesse plano sociocultural, mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico e do saber psiquiátrico, especialmente ao

insistir na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema os atores de diversos segmentos sociais.

CONCLUSÃO

A partir deste ensaio teórico, discutiram-se as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira, revelando os obstáculos e os desafios enfrentados na busca por uma melhoria no atendimento a pessoa com transtorno mental e/ou comportamental, através da (re) formulação de diversos conceitos como doença e doente mental, da revisão das legislações civil, penal e sanitária, da construção de uma nova organização de serviços de atendimento ao portador de transtorno mental e sua família, e na superação do estigma da doença mental, modificando as relações entre a sociedade e a loucura.

Alvissareiramente, observam-se, de um lado, os inúmeros avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica a partir de uma crescente conscientização da sociedade sobre outro tipo de atenção, mais terapêutica, humana e cidadã a ser dispensada ao portador de transtorno mental e/ou comportamental, permitindo a este reinserção no ambiente familiar e na própria sociedade. Do outro lado, os trabalhadores da saúde também mudaram seu foco de atenção da doença para o indivíduo, buscando novas estratégias de tratamento e parcerias informais ou formais.

Enfatiza-se que ainda há muitos desafios a serem superados, os quais vão desde a melhoria da resolutividade e da articulação na rede de serviços de saúde mental, passando pela ampliação dos serviços de atenção psicossocial, até as formas de integração e articulação da saúde mental com a atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Feb [cited 2013 Jan 14];14(1):297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>
2. Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF. Características sócio-demográficas e clínicas das reinternações psiquiátricas. Rev latinoam enferm [Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Jan 14];18(4):800-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_20.pdf
3. Miranda FAN, Clementino FS, Santos RCA, Silva MB, Costa TS. Percepção de alunos de graduação em Enfermagem sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. Rev enferm UERJ [Internet]. 2010 July [cited 2012 Sept 25];18(2):235-40. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a12.pdf>
4. Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2008 Sept [cited 2012 Sept 25];24(9):1962-3. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n9/01.pdf>
5. Hinds PS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. Qual health res. 1992 Feb;2(1):61-74.
6. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P. (Coord.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. p. 45-65.
7. Gama JRA. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. Hist ciênc saúde-Manguinhos [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Jan 14];19(1):139-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n1/08.pdf>
8. Nagel E. Ciência: natureza e objetivo. In: Nagel E. Filosofia da ciência. São Paulo: Cultrix; 1975. p. 11-24.
9. Foucault M. História da loucura. 6th ed. São Paulo: Perspectiva; 2002.
10. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
11. Azevedo DM, Costa LM, Almeida Junior JJ, Enders BC, Menezes RMP. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 May 12];10(3):835-42. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a30.htm>
12. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1978.
13. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev bras enferm [Internet]. 2010 Feb [cited 2012 Sept 25];63(1):51-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>
14. Caçapava JR, Colvero LA, Pereira IMTB. A Interface entre as Políticas Públicas de Saúde Mental e Promoção da Saúde. Saúde soc [Internet]. 2009 Sept [cited 2012 May 12];18(3):446-55. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/09.pdf>

15. Zambenedetti G. Dispositivos de Integração da Rede Assistencial em Saúde Mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde soc* [Internet]. 2009 June [cited 2012 May 12];18(2):334-45. Available

from:<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/16.pdf>

16. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo - razão e emoção. São Paulo: Edusp; 2002.

17. Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 Mar [cited 2012 Sept 25];14(1):56-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>

18. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Furegato ARF. Nursing care implemented in psychiatric hospitalizations. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 July [cited 2013 Jan 10];6(7):1599-607. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2936/pdf_1336 DOI: 10.5205/reuol.2255-18586-1-LE.0607201212

19. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist ciênc saúde-Manguinhos* [Internet]. 2004 Aug [cited 2013 Jan 14];11(2):241-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>

20. Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicol estud* [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 14];15(1):17-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>

21. Fraga MNO, Souza AMA, Violante VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta paul enferm* [Internet]. 2006 June [cited 2013 Jan 14];19(2):207-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>

22. Brasil. Presidência da República [Internet]. Lei 10.216 de 06 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. 2001 [cited 2013 Feb 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

23. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. 2002 [cited 2013 Feb 21]. Available from:

<http://www.saude.gov.br/portarias/2002>

24. Escudeiro CC, Souza MLAS. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de Atenção na Região de Lins - SP. *Saúde soc* [Internet]. 2009 Mar [cited 2013 Jan 14];18(supl 1):44-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/07.pdf>

25. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. 2010 [cited 2013 Feb 23]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regimento_interno_conferencia_02_03.pdf

26. Santos RCA, Fernandes RL, Costa TS, Miranda FAN. Early teaching experiences in the field of mental health: a break from concepts/prejudices. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 Dez [cited 2012 Nov 30];5(10):2572-9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2101/pdf_739

DOI: 10.5205/01012007

27. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 Nov 30];16(12):4590-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/03.pdf>

28. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 Nov 30];16(12):4579-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>

29. Pinho LB, Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 Abr [cited 2012 Nov 30];16(4):2107-14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472010>

Submissão: 10/04/2012

Aceito: 29/08/2013

Publicado: 15/11/2013

Correspondência

Raionara Cristina de Araújo Santos.
Condomínio Bairro Latino
Rua Alameda das Mansões, 3693 / Bl. 43 / Ap. 104
Bairro Candelária
CEP: 59064-902 – Natal (RN), Brasil