

REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVAS CONCEPÇÕES E SUAS IMPLICAÇÕES

PSYCHIATRIC REFORM: NEW CONCEPTS AND ITS IMPLICATIONS

REFORMA PSIQUIÁTRICA: NUEVAS CONCEPCIONES Y SUS CONSECUENCIAS

Bernadete Carvalho Flores

Enfermeira. Hospital Geral de Novo Hamburgo. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família.

be2011@terra.com.br

Fabiana Ferreira Dos Santos

Educadora Física. Pesquisadora. Mestre em Ciências do Movimento Humano Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESUMO

Entre os pressupostos da reforma psiquiátrica estão as novas formas de atenção em saúde mental. Atualmente, é preconizada a desinstitucionalização do doente mental e a assistência extra-hospitalar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), estabelecimentos aos quais foi delegada a função de regulação da porta de entrada da rede de atenção em saúde mental. No entanto, ainda há dúvidas quanto aos reflexos das mudanças no sistema psiquiátrico. A partir desta temática, o presente estudo tem por objetivo verificar as implicações da reforma psiquiátrica na atenção às necessidades dos pacientes psiquiátricos, tanto em sua reabilitação psicossocial quanto no âmbito familiar. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a evolução histórica desta reforma psiquiátrica no Brasil e no Rio Grande do Sul, contextualizando conceitos em saúde mental, bem como outros fatores relevantes neste processo. Foi consultada bibliografia científica composta por teses, dissertações, livros, artigos originais e revisão das bases de dados Scielo e Pubmed Central. Os resultados evidenciaram progressos na atenção ao paciente psiquiátrico, descentralizando o tratamento da hospitalização. Nesse sentido, observa-se uma modificação na conceituação de loucura. O processo de desinstitucionalização está vinculado à reinserção do doente mental na sociedade. Por outro lado, entre outras questões, há um déficit de investimento no sentido da promoção de programas de orientação e apoio aos familiares do doente mental para lidar com a situação. Portanto, essa é uma lacuna a ser considerada neste serviço. Conclui-se, então, que a reforma psiquiátrica vem elaborando conceitos e construindo saberes a respeito da saúde mental, contribuindo, principalmente, para a reinserção dos pacientes na sociedade. Todavia, ainda há a carência de esforços no preparo da família dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, saúde mental, reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

Among the assumptions of the psychiatric reform, there are the new forms of mental health care. Currently, it is recommended the deinstitutionalization of the mentally ill and the out-of-hospital medical assistance at the Psychosocial Care Centers (CAPs), establishments which have been delegated the task of regulating the access to mental health care network. However, there are still doubts in relation to the consequences of changes in the psychiatric system. From this theme, this study aims to verify the implications of the reform in psychiatric care needs of psychiatric patients in their psychosocial rehabilitation and within the family. So, a literature review addressing the historical development of psychiatric reform in Brazil and in the state of Rio Grande do Sul was carried out, and some mental health concepts and other relevant factors in this process were contextualized. Scientific literature such as of theses, dissertations, books, original articles and review of databases Scielo and Pubmed Central were also verified. The results showed improvements in the psychiatric patient care by decentralizing the hospitalization for treatment. In this sense, there is a change in the conceptualization of madness. The process of deinstitutionalization is linked to the reintegration of the mentally ill in society. On the other hand, among other issues, there is a deficit of investment towards the promotion of guidance programs and support to the families of the mentally ill to handle the situation. Therefore, this gap in service must also be considered. Thus, it can be concluded that the psychiatric reform has developed concepts and built knowledge about mental health, which contributes mainly to reintegrate patients into society. Nevertheless, there is still a lack of effort in preparing the family within the assumptions of the psychiatric reform.

Key words: Psychiatric reform Mental health. Psychosocial rehabilitation.

RESUMEN

Entre los supuestos de la reforma psiquiátrica están las nuevas formas de atención a la salud mental. Actualmente, se recomienda la desinstitucionalización de los enfermos mentales y la asistencia extra-hospitalar en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), establecimientos a los que fue delegada la función de regulación de la puerta de entrada de la red de atención en la salud mental. Sin embargo, todavía hay dudas en cuanto a las consecuencias de los cambios en el sistema psiquiátrico. De este tema, el objetivo del presente estudio es comprobar las consecuencias de la reforma psiquiátrica en atención a las necesidades de los pacientes psiquiátricos, tanto en la rehabilitación psicosocial como en el ámbito familiar. Por esta razón, se realizó una revisión de la literatura sobre la evolución histórica de esta reforma psiquiátrica en Brasil y en el estado de Rio Grande do Sul, contextualizando los conceptos de la salud mental, así como otros factores pertinentes a este proceso. Se consultó la bibliografía científica compuesta de tesis, tesinas, libros, artículos originales y revisión de bases de datos del Scielo y Pubmed Central. Los resultados mostraron los avances en la atención a pacientes psiquiátricos, descentralizando el tratamiento de hospitalización. Por otra parte, entre otras cuestiones, hay un déficit de inversión en la promoción de los programas de orientación y apoyo a los miembros de la familia de los enfermos mentales para hacer frente a la situación. Por lo tanto, este es un espacio que hay que considerar en este servicio. Se concluye, entonces, que la reforma psiquiátrica está elaborando conceptos y construyendo conocimientos acerca del estado de salud mental, lo que contribuye, principalmente, para la rehabilitación de los pacientes en la sociedad. Sin embargo, todavía hay una falta de esfuerzos en la preparación de la familia en los postulados de la reforma psiquiátrica.

Palabras-clave: reforma psiquiátrica, salud mental, rehabilitación psicosocial.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica insere-se no contexto de transformações ocorridas no setor de saúde ao longo dos últimos 50 anos do século XX. Estão associadas ao conjunto de mudanças políticas e sociais ocorridas após a Segunda Guerra Mundial, que consolidaram os direitos humanos e a democracia como um valor a ser defendido e preservado. (GASTAL e cols., 2007).

Segundo Amarante (1995), entende-se por reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Ao longo de duzentos anos, foram inúmeros os esforços para adequar e contextualizar questões relacionadas ao tratamento do doente mental ou psiquiátrico. Muitas destas ações estiveram vinculadas aos interesses e condutas históricas, sócio-políticas, econômicas, culturais e religiosas da época. Dentro desta perspectiva, também se fez necessário conceituar a “loucura” na psiquiatria e em Saúde Mental, contextualizando-a através dos tempos.

Assim, o estudo aqui apresentado, por meio de revisão bibliográfica, tratou de investigar a evolução deste processo verificando as implicações da Reforma Psiquiátrica na atenção às necessidades dos pacientes psiquiátricos, em sua reabilitação social e no âmbito familiar.

Breve histórico: panorama sócio-político e econômico

No Brasil, no final do século XIX, a partir da organização federativa pós-republicana, inicia-se o processo de descentralização e a criação de serviços organizados em torno dos hospitais de caridade e públicos estaduais. Neste cenário, o hospital psiquiátrico adquire a função de assistência social e abrigo de marginalizados em detrimento da função médica, terapêutica e reabilitadora. (GASTAL, 1995).

Salienta-se que, na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um desafio reformista. (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1940 os segurados do sistema previdenciário exigem assistência psiquiátrica mais individualizada e os Institutos, de forma lenta e gradual, começam a estabelecer contratos e convênios com as casas de saúde particulares por todo o Brasil, evitando assim o envio de pacientes previdenciários para as colônias, ainda que gratuitas. (ABP, 2006).

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970 (AMARANTE, 1995). Além disso, o fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70, é outra iniciativa do reformismo no campo da saúde mental no Brasil. (TENÓRIO, 2002).

É nesse período, no contexto do combate ao Estado autoritário, que emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. (TENÓRIO, 2002).

Nos anos 80, com a crise no sistema previdenciário nacional, surge um movimento em prol da Reforma Sanitária com discussões internacionais de novos modelos assistenciais, repercutindo no cenário brasileiro (ALVES, 1996). Nesta esfera, surgem os debates sobre o papel do hospital psiquiátrico na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, tendo como tema o resgate da cidadania do doente mental.

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: Por uma Sociedade sem Manicômios. (TENÓRIO, 2002).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 e 8142, de 1990, foi fator determinante para a implantação de uma política de saúde mental, em nível nacional, em 1991 (GASTAL e cols., 2007). No entanto, lamentavelmente, mesmo com o advento do SUS, não foram criados serviços de atenção primária e secundária em saúde mental de acordo com as necessidades, e os serviços hospitalares existentes se deterioraram progressivamente em razão da asfixia financeira sofrida. (ABP, 2006).

Em abril de 2001, a Lei nº 10.216 impõe novo impulso e ritmo para a reforma psiquiátrica no Brasil, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, complementando, assim, o Decreto-Lei nº 24.559, de julho de 1934. E na III Conferência Nacional de Saúde Mental, no final do ano de 2001, consolidou-se a reforma psiquiátrica como política de governo, conferindo ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial. (GASTAL e cols., 2007).

A implementação de tais medidas ocasionou drástica redução dos leitos e hospitais psiquiátricos, e muitos pacientes internados passaram a ser desinstitucionalizados.

O panorama no Rio Grande do Sul

Em meados do século XIX, em função da atuação da medicina social no Brasil, os indivíduos moradores de rua, indigentes, sujeitos sociais vistos como “loucos”, eram vistos como um risco para a sociedade. Com a necessidade de organizar o espaço urbano e combater doenças e enfermidades provenientes desses indivíduos, as atenções foram voltadas para a retirada deles das ruas (PESSOTI, 1996). Assim, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apela para a construção do manicômio, uma vez que foi a primeira instituição hospitalar a abrigar os “loucos” (GOMES, 2007).

Surge, entre os anos de 1859 e 1863, o Asylo dos Alienados em uma das enfermarias da Santa Casa, o qual não responde à demanda. E em 1879 é lançada a pedra fundamental do Hospício São Pedro, apropriado ao tratamento dos doentes. Consequentemente ocorre, no Rio Grande do Sul, a institucionalização da loucura. (GOMES, 2007).

No século XX, o estabelecimento passa por diversas transformações uma vez que o entendimento sobre a doença mental adquire novos contornos. Com o desenvolvimento da tecnociência e, conseqüentemente com as mudanças que acontecem na sociedade, redefinem-se os conceitos sobre o normal/patológico e daí decorrem o tratamento, a autonomia, o confinamento ou a interdição; enfim, busca-se o entendimento sobre toda a forma de loucura, hoje denominada transtorno psíquico. Cada vez mais a ciência detalha, classifica, busca tratamentos e se apóia na tecnologia para legitimar seu saber e ser reconhecida pela sociedade. (GOMES, 2007).

As mudanças no contexto das internações hospitalares ocorreram mundialmente e o Rio Grande do Sul acompanhou este processo. Em 1960 já se observavam movimentos nesse sentido. Neste período o Hospital São Pedro, com 5.500 internos, inicia seu processo de reforma. O paciente passa a ser atendido por uma equipe multidisciplinar, sob um enfoque social e familiar e a ótica da psiquiatria dinâmica e do modelo de comunidade terapêutica (GASTAL e cols., 2007).

Em consonância, a condenação do sistema asilar objetivou não somente o aperfeiçoamento ou a humanização, mas questionou os próprios pressupostos da psiquiatria, a crítica de seus efeitos de normatização e controle (GOMES, 2007). O desafio, então, era tirar do papel a Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual (LRP), aprovada em 1992, que versou sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, deslocando a assistência do hospital psiquiátrico para uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental, de base comunitária. (NARDI e RAMMINGER, 2007).

Salienta-se que o Rio Grande do Sul foi a primeira unidade federativa brasileira a ter uma lei com finalidade de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, sendo seguido por outros sete estados em sua iniciativa, até que o processo fosse legitimado nacionalmente com a aprovação, somente em 2001, da Lei Nacional. (NARDI e RAMMINGER, 2007). Em decorrência deste processo, a Secretaria Estadual de Saúde, através do Guia de Saúde Mental, propõe, em 2002, uma rede de atenção à saúde mental composta pela atenção básica de saúde mental, com o posto de saúde como referência e ações de equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, auxiliares e técnicos de enfermagem. A atenção especializada em saúde mental é realizada neste padrão, reunindo, ainda, serviços com ambulatório especializado, Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, urgência e emergência em saúde mental, leitos e unidades psiquiátricas em hospital-geral e serviços residenciais terapêuticos temporários. (RS, 2002).

Reflexões sobre a loucura no contexto da Psiquiatria e da Saúde Mental

Segundo Pessoti (1999), existem muitas contradições oriundas da palavra *loucura* na esfera científica.

Há a hipótese de que as concepções de loucura muito dependam da visão de mundo e da moralidade (quais ações são consideradas certas, boas pelo modelo) que um suporte teórico fornece ou que é adequada ao pesquisador quando este dirige sua intencionalidade para a loucura; e que os diálogos entre Psiquiatria e Saúde Mental se fazem dentro de uma gama de possibilidades a depender do enlace que ambas têm com as mesmas fontes teóricas ou com fontes teóricas semelhantes – o que transforma a discussão em torno de conceitos de loucura em um debate no campo da Filosofia da ciência, e mesmo da Filosofia moral. (JÚNIOR e MEDEIROS, 2007).

De acordo com a extensa pesquisa bibliográfica de Ramminger (2006), na época do Brasil Colonial e Imperial o discurso religioso era predominante. Nesta perspectiva, o cuidador não visava curar o “louco”, mas sim garantir sua própria salvação espiritual, uma vez que o cuidado estava relacionado à caridade.

Já a partir do século XIX a conceituação de loucura na Psiquiatria nos é apontada como doença médica (somática ou orgânica) de origem genética (JÚNIOR e MEDEIROS, 2007). Assim, o discurso médico detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado e denominando-a “doença mental” (RAMMINGER, 2006). Nesse mesmo âmbito, Carrara (1998) infere que, em meados do século XX, a psiquiatrização da loucura, enfatizando a determinação orgânica, levou ao desenvolvimento de novos fármacos e à pressão pela hospitalização dos doentes como possibilidade de cura, uma vez que o psiquiatra, desde fins do século XVIII, tornara-se o sabedor da loucura, organizador do espaço da instituição psiquiátrica, paradigma de cura mesmo perante dispositivos extra-asilares.

Observa-se, portanto, que o conceito de loucura na Psiquiatria muito se relacionava à institucionalização do doente, prática que, segundo, Foucault (1999) visava apenas à produção de saberes que justificassem poderes que promovessem o controle dos atos e submissão dos acometidos às regras institucionais. Estas regras afetavam os direitos humanos dos internos provocando sua despersonalização e perda de identidade prejudicando sua reinserção sócio. (DE TÍLIO, 2007).

Em convergência, Basaglia (BASAGLIA; GALLO,1990), idealizador da Reforma Psiquiátrica italiana e inspirador da Reforma Psiquiátrica brasileira, afirmava que a principal característica dos estabelecimentos psiquiátricos é uma separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm.

Júnior e Medeiros (2007) afirmam em seu estudo que os conceitos de loucura, com base psicanalítica, se aproximam dos conceitos psiquiátricos tradicionais (que definem a loucura como doença orgânica), se não aceitando a conceituação nosológica atual (da saúde mental), ao menos aceitando os seus conceitos perceptivos ou de rotulação classificatória descritiva.

Na Saúde Mental há uma rejeição à essência biológica na explicação psiquiátrica de loucura, tendo, portanto, maior abrangência do fenômeno que inclui tanto a questão social da estigmatização, um rótulo social que legitima a exclusão (pelo poder dado à voz da ciência médica), principalmente se esse rótulo for a base para a internação involuntária legalizada (JÚNIOR e MEDEIROS, 2007). Tal concepção se deu a partir das influências da psiquiatria de outros países e culturas com propostas que visaram ultrapassar o ambiente hospitalar revolucionando o conceito e o tratamento da loucura.

A Saúde Mental percebe, portanto, aquilo que a Psiquiatria explica com o nome de uma doença (ou a própria designação geral de doença mental) como um rótulo e uma explicação que sentenciam a exclusão física do louco do convívio social. O que, sem dúvida, é reforçado pela rejeição explícita que a visão psicológica tem sobre a explicação biológica, considerando-a inautêntica. (JÚNIOR e MEDEIROS, 2007).

Tal conceituação é derivada da Reforma Psiquiátrica que atribui a loucura à ideologia dos cuidados e dos direitos, desvinculando-se da ideia de cura ou reparo, contribuindo para a desconstrução de saberes e certezas (SARACENO, 1999). Desta forma, este movimento social organizado evidencia a importância de refletir sobre os modos e

processos de subjetivação quando argumenta que não deve ser reduzido à mera desospitalização, definindo que sua luta é pela desinstitucionalização, ou seja, por outras formas de se relacionar com a loucura, que não se reduzam a discursos médicos, psicológicos e científicos que identificam a loucura com a falta: falta de juízo, de potência, de entendimento, de consciência, de vontade. (NARDI e RAMMINGER, 2007).

Salienta-se, ainda, que a Reforma Psiquiátrica propõe um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para de saúde, dos muros dos hospitais para a circulação pela cidade, ou seja, uma passagem do discurso médico para o discurso da cidadania. (RAMMINGER, 2006).

A reabilitação psicossocial e o convívio familiar

A reabilitação psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental que norteia conceitos e práticas terapêuticas. No contexto da reforma, passa pela ideia de desinstitucionalização, possibilitando instrumentos de produção de vida, de solidariedade e trocas sociais, resgatando a complexidade do fenômeno da loucura. (JORGE, 2006; OLIVEIRA e FORTUNATO, 2007).

Partindo desses pressupostos, amplia-se a noção conceitual de “reabilitação psicossocial” para além do sentido instrumental. A definição passa a ser complexa, multifacetada e processual. Reabilitar implica trabalhar com o “olhar” voltado para o sujeito, e não para a doença; trabalhar com o sofrimento, a fragilidade, e não com a incapacidade; e buscar a produção de novas subjetividades, e não a “cura”. Caracteriza a articulação de diferentes linguagens e estratégias exigindo uma trama plural, com múltiplas problemáticas para que se possam desenvolver projetos voltados para as necessidades cotidianas do paciente por meio da construção de saberes. (OLIVEIRA e FORTUNATO, 2007).

Jorge e cols. (2006) enfatizam que conhecer e refletir o processo de reabilitação psicossocial são contribuições, ainda que pequenas, de importância vital para sua promoção no fazer cotidiano dos profissionais envolvidos neste contexto.

Assim, reflexões críticas e lutas contínuas para o alcance dos resultados na assistência psiquiátrica, favoreceram o surgimento de serviços substitutivos, a ampliação da equipe de saúde e a sua conseqüente revisão de papéis, além da inclusão da família e comunidade na promoção da reabilitação psicossocial do portador de transtorno psíquico. O conhecimento e a reflexão do processo de reabilitação psicossocial são contribuições, ainda que pequenas, de importância vital para sua promoção no fazer cotidiano dos profissionais envolvidos neste âmbito. (JORGE e cols., 2006).

Souza e Scatena (2005) apontam que os sentimentos dos profissionais acerca da família que convive com o doente mental possuem ambigüidade nos resultados, pois por um lado reforçam a exclusão do doente e de sua família na comunidade, e por outro favorecem a aproximação entre os mesmos e os profissionais. Os resultados apontam, ainda, inscrições conceituais às famílias como cuidadora e motivadora e sofredora de preconceitos, mas também impotente e carente de recursos, culminando em maus-tratos e desequilíbrio.

Neste aspecto, as políticas de Saúde Mental têm sua qualidade questionada, constantemente, pelos profissionais, familiares e usuários no se refere à forma de tratamento e cuidados prestados. Estudo constata que familiares de doentes mentais afirmam que o cuidado no domicílio é uma alternativa de tratamento que possibilita melhores resultados que as internações. No entanto, sentem-se carentes de programas de assistência que garantam às famílias o cuidado adequado. (SILVA e SADIGURSKI, 2008).

Por outro lado, Maciel e cols. (2009) mencionam em seus achados que a família do doente mental considera possuir atribuições como preconceito, sobrecarga, tristeza e sofrimento o que constitui um sério empecilho para a inclusão sociofamiliar do doente mental, dificultando a aceitação da reforma psiquiátrica e seus pressupostos.

Cabe aqui evidenciar que a compreensão da família acerca do fenômeno Reforma Psiquiátrica ainda não atingiu uma dimensão global, sendo necessários esforços integrados da equipe multidisciplinar envolvida com a saúde e bem-estar destes indivíduos (RANDEMARK e cols., 2004). Nesse mesmo âmbito, Maciel e cols. (2009), afirmam ser necessário maior aprofundamento do trabalho com familiares e com a

sociedade para uma real aceitação do doente mental viabilizando sua inclusão sociofamiliar.

Randemark e cols. (2004) destacam que as famílias adotam recursos para o manejo do estresse em sua experiência com o transtorno mental, desenvolvendo estratégias que ajudam a determinar o que pode ser feito com o objetivo de alcançar o resultado almejado ou minimizar o sofrimento. Dentre estes recursos estão a negociação, o conforto espiritual e o aconselhamento ou orientação profissional. No entanto, estes autores percebem a necessidade de trabalhar os familiares para desenvolver melhor estes recursos de enfrentamento dos problemas no âmbito familiar intensificando as intervenções terapêuticas junto a estes grupos e promovendo o fortalecimento de suas relações fragilizadas.

É necessário, portanto, repensar a forma como estão sendo efetivadas a reforma psiquiátrica, a desospitalização e a inclusão sociofamiliar do doente mental, pois os autores supracitados, entre outros (GONÇALVES e SENA, 2001; MELMAN, 2001), corroboram quanto ao despreparo familiar frente à responsabilidade do tratamento e a dificuldade em assumir esse novo papel.

Sendo assim, as formas de acesso ao “sofrimento- existência” devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas a cabo pela multiplicidade de “olhares” e de “vozes” dos diferentes profissionais: enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnico em enfermagem, pacientes e familiares, entre outros. Portanto, a importância da interdisciplinaridade, tema complementar ao conceito de “reabilitação psicossocial” no campo da saúde mental, decorre do fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno simples, mas complexo. (OLIVEIRA e FORTUNATO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, a partir do estudo aqui apresentado, que o processo da Reforma Psiquiátrica esteve vinculado a questões de áreas afins. No entanto, esteve, ao longo dos anos, principalmente inclinada a solucionar ou atenuar a problemática social da loucura.

Assim, o conceito de loucura proposto pela Saúde Mental, que rejeita a concepção biológica e considera a estigmatização que causa a rotulação social do indivíduo levando à exclusão física e privação do convívio social, é base dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Neste aspecto, o cuidado e os direitos são preconizados proporcionando aos doentes melhores perspectivas e qualidade de vida.

É possível afirmar que a desinstitucionalização está relacionada ao movimento de oposição da segregação social da loucura. Para isso, foram criados serviços de referência com o intuito de garantir ao doente um atendimento qualificado através de uma rede de atenção psicossocial. Em decorrência, há, atualmente, um número escasso de leitos tanto em hospitais psiquiátricos quanto em hospitais gerais o que, por vezes, representa preocupação quando o tratamento requer a internação do doente.

Destaca-se que o Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, optou por serviços e programas inovadores, bem como pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e atendimento nos hospitais-dia para reduzir cada vez mais a longa permanência dos pacientes psiquiátricos nos hospitais. No entanto, esta prática ainda apresenta questionamentos acerca de alguns fatores deveras relevantes e passíveis de reflexão.

A propósito, a distribuição dos serviços adequados ainda é desigual nas diversas regiões do país. Há locais onde o número de profissionais nas equipes é insuficiente e os recursos financeiros não correspondem à demanda. Além disso, com o aumento da longevidade, a população idosa é crescente, acarretando uma sobrecarga nos serviços de saúde, inclusive Saúde Mental. (MATEUS e cols., 2008).

Por outro lado, é oportuno salientar que a posição dos familiares frente às questões propostas pela desinstitucionalização dos pacientes possui posicionamentos ainda pouco definidos. Se em algumas situações muitos familiares preferem que o doente se trate no contexto familiar, com apoio e afeto, há, na maioria das vezes, dúvidas de como agir com relação a determinados problemas. Também é observada a falta de recursos por parte das famílias. Portanto, o sistema possui uma lacuna quanto ao preparo dos cuidadores e ao déficit de suporte para o desequilíbrio a que são acometidos estes lares.

A partir dessas constatações, retoma-se a questão da insuficiência ou deficiência do sistema atual. Ela acomete não só a atenção ao próprio paciente, mas também àqueles diretamente responsáveis por sua reabilitação psicossocial. Desprovidos do apoio devido,

familiares se vêem tristes, inseguros e infelizes. Tais sentimentos podem culminar em revolta e agressões aos doentes. Nesse âmbito, a proposta de reabilitação psicossocial estaria passível de reflexão, uma vez que possui uma definição complexa.

No caso, reabilitar é dito como um olhar para o sujeito, trabalhando com suas fragilidades, dificuldades, diferenças, caracterizando a articulação de diferentes linguagens voltadas para a construção de saberes e soluções problemas.

Com base nesta investigação foi possível perceber a evolução da problemática da loucura através dos tempos. Estudos mostram que a Saúde Mental está muito vinculada à proposta da Reforma Sanitária quando se fala em humanização no cuidado ao paciente. Há uma maior preocupação com o doente mental. Entretanto, ainda existem arestas a serem aparadas, lacunas a serem preenchidas. Aqui foi evidenciada a redução de leitos para pacientes psiquiátricos, a má distribuição de recursos humanos pelo país que afeta a viabilização do serviço, o aumento populacional decorrente do aumento da longevidade. Tais fatores interferem na qualidade ao atendimento dos pacientes. Além disso, a falta de programas voltados para o preparo da família para a reabilitação psicossocial destes sujeitos também deve ser considerada nesse processo.

Esta revisão aponta para as necessidades dos doentes mentais, bem como daqueles inseridos em seu contexto, sugerindo a promoção de ações efetivas do sistema psiquiátrico vigente e maiores investigações a respeito desta problemática.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. **O ex tentando ver o futuro**. 1999 Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, nº 14, pp. 21-30.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**.1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em Saúde Mental no Brasil**, 2006.

CARRARA S. (1998). Loucos & criminosos. In S. CARRARA. **Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século** (pp. 61-125). Rio de Janeiro, RJ: EDUERJ/ EDUSP.

DE TÍLIO R. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 2007, 17(37), 195-206. Disponível: www.scielo.br/paideia em abril/2012.

FOUCAULT, M. (1999). Os recursos para o bom adestramento. In M. Foucault. **Vigiar e punir: História da violência nas prisões** (pp.143-161).Petrópolis, RJ: Vozes.

GASTAL FL. **Controle estatístico de processo: um modelo para avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1995.

GASTAL F.L.; LEITE S.O.; FERNANDES F. N e cols. **Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992** . *Rev. Psiquiatr RS* 2007; 29 (1): 119-129.

GOMES D.C.A. **A desinstitucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: vozes e fontes em Zero Hora** Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), 2007.

GONÇALVES AM, SENA RR. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista Latino- americana de Enfermagem 2001 março; 9 (2):48-55.

JORGE M S. B; RANDEMARK, N.F.R.; QUEIROZ, M. V.O. e RUIZ E.M. **Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental.** Revista Brasileira de Enfermagem ,2006, vol. 59 [citado 2012-08-02]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019617003>. ISSN 0034-7167.

JÚNIOR F.C.; MEDEIROS M. **Alguns conceitos de loucura entre a Psiquiatria e a Saúde Mental: diálogo entre os opostos?** Psicologia USP, 2007, 18(1), 57-82.

MACIEL S.C; BARROS D.R.; SILVA A.O.; CAMINO L. **Reforma Psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais.** Psicologia Ciência e Profissão, 2009, 29 (3), 436-447.

MATEUS M.D.; MARI J.J.; DELGADO P.G.G.; ALMEIDA FILHO M. e cols. The menta healthy system in Brazil: Polices and future challenges. International Journal of mental healthy systems 2:12, 2008. Disponível: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/12> em janeiro de 2012.

MELMAN J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo (SP): Escrituras Editora; 2001.

NARDI H.C.; RAMMINGER T. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em tempos de reforma psiquiátrica.** Rev. Saúde Coletiva, 2007. Rio de Janeiro, 17 (2): 265-287.

OLIVEIRA F.B.; FORTUNATO M.L. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica.** Vivência, 2007, 155-161.

PESSOTTI, Isaías. *O século dos manicômios.* São Paulo: Editora 34, 1996.

RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental.* Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

RANDEMARK N.F.R., JORGE M.S.B., QUEIROZ MVO. **A Reforma Psiquiátrica no olhar das famílias.** Texto Contexto Enfermagem 2004 out-dez; 13 (4):543-50.

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte (MG): Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia; 1999.

SILVA M.B.C.; SADIGURSKY D. **Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008 jul- ago; 61(4): 428-34.

SOUZA R.C.; SCATENA M.C.M. **Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13 (2): 173-9. Disponível: www.eerp.usp.br/rlae em maio/2012.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002 jan.-abr, vol. 9(1): 25-59.

VIANEY E.L.; BRASILEIRO M.E. **Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2003 set/out; 56 (5): 555-557.