

PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: UM BREVE ESTUDO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESAFIOS

PSYCHOLOGY AND MENTAL HEALTH: A BRIEF STUDY OF PSYCHIATRIC REFORM AND ITS CHALLENGES

Eliane Silva Almeida Gonçalves

Camila Gomes Nunes¹

Hyloran Galdino Cabral²

RESUMO

A proposta deste artigo é realizar uma análise da saúde mental brasileira, partindo de uma perspectiva histórica, relatando o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais no decorrer dos séculos em diferentes sociedades; o reconhecimento dos direitos dessa população específica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira; e os desafios enfrentados pelos profissionais de psicologia que atuam no campo da saúde mental. Para a concretização dos objetivos propostos, a pesquisa realizada dividiu-se em duas fases: pesquisa bibliográfica e entrevistas semi-estruturada, realizadas com cinco psicólogos atuantes em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial da região de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo.

Palavras Chave: Psicologia. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Desafios.

ABSTRACT

The purpose of this article is to conduct a Mental Health analysis, starting from a historical perspective, reporting the dispensed treatment of people with mental disorders over the centuries in different societies, the recognition of the rights of this specific population in the context of the Brazilian psychiatric reform and the challenges faced by psychology professionals working with Mental Health. In order to achieve the proposed objectives, the research was divided in two steps: bibliographic research and semi-structured interviews, carried out with five psychologists working in different

¹ Graduandas do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix de Cachoeiro de Itapemirim. ² Psicólogo e Professor Especialista da Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim.

² Especialização em Políticas Públicas, Gestão e Controle Social pela FASE. Graduação em Psicologia. Professor do curso de Psicologia na Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim.

services of the Psychosocial Care Network of the region of Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo.

Keywords: Psychology. Mental Health. Psychiatric Reform. Challenges.

1 INTRODUÇÃO

Durante um longo período histórico, a forma de tratamento do doente mental incluía o isolamento, frequentemente aliado à violência física e psicológica. Diante dessa realidade, a luta antimanicomial e em favor da reforma psiquiátrica ganhou grande importância, construindo uma nova realidade no que concerne à desospitalização e inclusão do doente mental no meio social.

No Brasil, a lei nº 10.216, aprovada em 6 de abril de 2001, foi um marco no que diz respeito aos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais. Outro marco foi a inclusão dos Centros de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, mesmo após quase duas décadas do reconhecimento da importância da reforma psiquiátrica e da necessidade dos serviços prestados pelos CAPS – no que se refere à inserção social do doente mental – a rede de apoio que atende aos portadores de transtornos mentais e suas respectivas famílias ainda não atingiu seus objetivos plenamente.

Colvero, Ide e Rolim (2004) afirmam que, no Brasil, vem ocorrendo a desospitalização e inclusão social sem considerar o papel da família, da sociedade e dos mecanismos de exclusão. É fundamental considerar esses fatores na promoção de políticas públicas que garantam que o doente tenha seus direitos respeitados na prática cotidiana, bem como é necessário diferenciar a desinstitucionalização, que precisa acontecer.

Com o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, abertura de leitos para portadores de transtornos mentais em hospitais gerais e a criação das redes de apoio, tornam-se, cada vez mais, necessárias medidas que reintegrem o doente ao convívio

familiar e social, principalmente por meio da Rede de Apoio Psicossocial e seus dispositivos que oferecem apoio a esses doentes.

A realidade, entretanto, ainda traz muitos desafios para o tratamento dos doentes mentais. Apenas o reconhecimento dos direitos do doente mental não trouxe consigo as mudanças necessárias. Apesar das grandes conquistas no que diz respeito ao processo de reforma psiquiátrica e às conquistas de garantias de direitos aos doentes mentais, o processo de reinserção do doente em seu meio social ainda não cumpriu plenamente seus objetivos, devido a diversos fatores.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é analisar a reinserção social do doente mental a partir da reforma psiquiátrica e demonstrar os desafios profissionais do psicólogo, frente a essa demanda, primeiramente contextualizando o tratamento das doenças mentais em instituições psiquiátricas sob uma ótica histórica; descrevendo o processo e os resultados da luta antimanicomial no Brasil e apresentando os desafios profissionais da prática do psicólogo frente a essa demanda.

Para a concretização dos objetivos propostos, a pesquisa realizada dividiu-se em duas fases: pesquisa bibliográfica e entrevistas semiestruturadas, realizadas com cinco psicólogos atuantes em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial da região de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo.

2 BREVE HISTÓRIA DO TRATAMENTO DOS DOENTES MENTAIS

A concepção de loucura não surgiu ao acaso, foi construída ao longo do tempo, sofrendo modificações conforme a época e a cultura. Durante o transcurso da história, o doente mental foi representado de diversas formas pela sociedade, sendo-lhe atribuídos diferentes papéis, como aponta Santos (2013, p.16):

[...] o louco já pairou por diversas fronteiras: ora o mensageiro da boa nova, ora instrumento da vingança dos deuses durante a Idade Antiga, ora como possuídos por demônios (na Idade Média), ora como meros desordeiros questionadores da ordem e do sistema.

Durante os séculos XV e XVI, não havia nenhum tipo de tratamento para os doentes mentais e era frequente que fossem abandonados, podendo até mesmo morrer de

fome. Foi a partir do século XVII que a loucura passou a ser objeto de exclusão, por meio das práticas de encarceramento (FOUCAULT, 1995 apud SANTOS, 2013).

Foucault (2010) descreve que, no período da Idade Média e da Renascença, havia lugares de detenção reservados aos doentes mentais. Era comum, também, que algumas cidades, tivessem por costume expulsar seus loucos ou confiá-los a grupos de mercadores ou peregrinos e os que eram acolhidos na cidade não eram tratados, mas, sim, jogados na prisão.

Além do sentido religioso atribuído à loucura na Antiguidade e na Idade Média, no século XVII, a loucura também passou a ter conotação política, moral, social e econômica, já que o louco era visto sob a ótica de uma burguesia em ascensão, em um sistema econômico que não admitia o ócio – comum entre os intitulados como loucos –, que não se adequavam às competências exigidas pelo mercado de trabalho e, portanto, eram punidos ao serem encarcerados nas casas de correção, que, nesse período, também privava da liberdade os criminosos, as prostitutas e os mendigos (SANTOS, 2013).

No final do século XVIII, o hospital, que antes cumpria a função assistencialista, passa a ser um lugar de prática do saber médico, o que traz duas consequências: o processo de medicalização, que trouxe transformações para a instituição hospitalar, e o modelo de medicina também sofreu transformações. Esse processo de medicalização foi operado, principalmente, por meio da disciplina, o que se evidenciava nas práticas hospitalares no que diz respeito ao controle e vigilância sobre os pacientes e, até mesmo, a distribuição espacial desses (AMARANTE, 2011).

O século XIX foi marcado pela medicalização e pela institucionalização de práticas terapêuticas. Ou seja, o doente mental, para ser tratado, precisava ser internado em asilos que o distanciava da sua comunidade de origem. A exclusão do doente mental, então encarcerado nos hospitais psiquiátricos, dava-se explicada por diversos motivos: a eficiência do tratamento oferecido; as causas da doença poderiam estar associadas às relações familiares do doente; ou porque o doente dificilmente poderia ser controlado, representando risco para seu grupo social (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Para Santos (2013), é a partir dessa ideia, de que o doente mental é perigoso, que surge a estigmatização da loucura, que permanece até os dias atuais como uma “herança cultural”, que ganha novas dimensões com leis, como a promulgada pelo Parlamento Francês em 1838, que reforça a figura do louco como alguém perigoso e desordeiro.

Foucault (2000) aponta que, no século XIX, a psicologia destacava apenas os aspectos negativos da loucura, limitando-se “[...] a descrever as aptidões desaparecidas; a enumerar, nas amnésias, as lembranças esquecidas, a pormenorizar nos desdobramentos das personalidades as sínteses tornadas impossíveis” (FOUCAULT, 2000, p.24), o que corroborava com essa compreensão negativa do louco, estigmatizando-o.

Goffman (2008) conceitua o estigma por meio da origem do termo, a qual se deu na Grécia Antiga, sendo descrito como uma marca visível no corpo de um indivíduo, que evidenciava algo extraordinário ou mal nesse sujeito. Essas marcas, geralmente, eram feitas a ferro e fogo nos corpos de escravos ou criminosos. Assim sendo, era recomendável que se mantivesse distância dos portadores desses sinais corporais. Atualmente, o termo possui um sentido semelhante ao original, entretanto não se atém às marcas físicas:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos (GOFFMAN, 2008; p. 13).

Santos (2013) aponta que, durante séculos, o doente mental sofreu com a estigmatização por parte do grupo cultural do qual fazia parte, sendo, assim, um mecanismo de exclusão.

Maciel et al (2009) demonstra, a partir de pesquisas com familiares de doentes mentais, que ainda existe uma visão negativa por parte desses em relação ao doente, principalmente pela concepção que muitas dessas famílias têm do tratamento do doente, ao perpetuar a ideia de que o tratamento do doente se faz pela medicação e pela hospitalização. Apontam, ainda, que é a família quem assume o cuidado com o

doente, sofrendo, também, com a estigmatização da qual o paciente é vítima, decorrendo daí a importância dos familiares e de sua inclusão no processo de inserção do doente. Amarante (2011) chama atenção para o prejuízo que essa estigmatização traz para a pessoa com doença mental ao definir a saúde mental

[...] como um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e da coletividade que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. (AMARANTE, 2011, p.18).

Essa visão restrita do doente e as práticas que nela se alicerçavam, mantiveram-se durante séculos. Apenas a partir do século XX, especialmente ao final da Segunda Guerra Mundial, é possível observar o movimento contrário: há um esforço em prol da desinstitucionalização, o doente deveria deixar o hospital e retornar à comunidade (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Faz-se necessário diferenciar a desinstitucionalização da desospitalização. De acordo com Santos (2013), a desospitalização refere-se apenas ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, sem a implantação de serviços substitutivos, podendo ser descrita como “[...] política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e, em alguns casos, embora não frequentemente, do fechamento mais brusco de hospitais psiquiátricos)” (ROTELLI, 1990 apud SANTOS, 2013, p. 24).

Maciel et al. (2009) lembra que o aparato manicomial não se restringe ao hospital psiquiátrico. “O aparato manicomial é o conjunto de gestos, olhares e atitudes, que fundam limites e intolerâncias às diferenças” (MACIEL et al, 2009, p. 438). Dessa forma, para que haja verdadeira mudança em relação ao modelo asilar, é necessário, não apenas o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas, sim, a superação de todo esse aparato (MACIEL et al, 2009). A desinstitucionalização vai além do fechamento de hospitais psiquiátricos. Abarca, inclusive, a

[...] construção de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças. (SANTOS, 2013, p. 25).

A desinstitucionalização, portanto, inclui a criação e implementação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e que contribua para a verdadeira inclusão do doente mental. Foi no período Pós-Segunda Guerra Mundial que surgiu a percepção de que o modelo de cuidado asilar vigente até então se tornou “responsável pela deterioração dos pacientes asilados, bem como é agente produtor e mantenedor da doença, da exclusão social e do estigma” (SANTOS, 2013, p.18), sendo necessária a desinstitucionalização no que se refere ao atendimento dos portadores de transtorno mental. Além disso, o clima de democracia e liberalismo que se instalou após a conclusão da guerra, sendo incompatível com o autoritarismo presente no modelo asilar do período em questão, contribuiu para essa percepção (SANTOS, 2013).

Surgem, então, propostas que substituiriam o modelo asilar, como a de Maxwell Jones, na Inglaterra, durante a década de 1950, com a criação de comunidades terapêuticas. Outra proposta foi a de François Tosquelles, colocada em prática no hospital de Saint Alban, na França, com a Psicoterapia Institucional, que questionava o poder médico e a hierarquia presente no espaço asilar e buscando superar a segregação presente nesse espaço. Entretanto, essa transformação restringia-se ao espaço do hospital psiquiátrico.

Na década de 1960, na Itália, Franco Basaglia, tendo como modelo as comunidades terapêuticas, propõe o que ficou conhecido por “psiquiatria democrática” e, mais tarde por desinstitucionalização, ao implantar medidas que tinham por objetivo extinguir tratamentos violentos, “destruindo os muros e constituindo novos espaços e formas de lidar com a loucura” (SANTOS, 2013). Por fim, influenciando países da América Latina pelos movimentos de reforma ocorridos em outros países.

No ano de 1974, já se discutia a formulação de políticas de saúde mental. Porém, as medidas de descentralização, integração e treinamento de profissionais propostos não se concretizaram, mantendo, assim, o modelo manicomial. Em 1990, aconteceu, em Caracas, a Conferência Regional para reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que resultou na Declaração de Caracas, um documento no qual se declarava o comprometimento na superação do modelo manicomial e para com a luta contra a exclusão e os abusos sofridos pelos doentes mentais (SANTOS, 2013).

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil, especificamente, o processo da reforma psiquiátrica iniciou-se no final da década de 1970, com denúncias sobre a violência existente dentro dos manicômios, justamente no período em que imperava a Ditadura Militar no país, como relata AMARANTE (2011).

[...]. Foi num daqueles manicômios que, com mais dois colegas médicos, decidimos dizer não à violência da psiquiatria, denunciando à sociedade a realidade cruel e perversa das instituições psiquiátricas. Mas, como eram em tempos de ditadura, fomos imediatamente demitidos e conosco aqueles que ousaram nos apoiar. Mas, eram também tempos de “abertura democrática”, e outros gritos ocorriam aqui e acolá (AMARANTE, 2011, p. 11/12).

Conforme Santos (2013), o processo de reforma psiquiátrica, no Brasil, foi influenciado, também, pelas reformas ocorridas na Europa e nos Estados Unidos. Entretanto, foi apenas na década de 1980 que o movimento em prol da reforma psiquiátrica ganhou visibilidade no Brasil, em um período que convergiu com o processo de democratização e reformulações nos serviços de saúde, propiciando um cenário no qual se fez possível o questionamento sobre as práticas existentes no tratamento do doente mental (WETZEL, 2005).

Entre os marcos teóricos e políticos desse período, podem ser citados: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986; a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992; e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, possibilitando mudanças, inclusive, no Ministério da Saúde (HIRDES, 2009). Um grande marco da reforma psiquiátrica foi a Lei Nº10.216 aprovada em 2001 (BRASIL, 2001), que em seu Art. 2º garante ao doente mental direitos como:

[...] II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; [...] VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Em 2002, o Ministério da Saúde definiu e regulamentou os serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial. Em 2005, a Portaria Interministerial 353/2005 instituiu o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, com objetivo de “[...] construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida”. (BRASIL, 2005).

Objetivando analisar quais foram as mudanças efetivas realizadas, os avanços ou retrocessos. Em 2005, a Declaração de Caracas, assinada em 1990, foi retomada, desenvolvendo o documento intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas”. Nesse documento, foi reafirmada a necessidade de proteção aos direitos humanos dos doentes mentais, além da necessidade de redes e serviços que atendessem a esse público para além dos hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011 instituiu e regulamentou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo no seu Art. 1º por sua finalidade “[...] a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pela Atenção Básica em Saúde, pela Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, em Comunidades Terapêuticas ou em Unidades de Acolhimento, Atenção Hospitalar, oferecida por meio de leitos em Hospitais Gerais; Residências Terapêuticas e, por fim, promoção da Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011).

Os serviços oferecidos pela Rede de Atenção são fundamentais para a inclusão do doente mental e garantia de tratamento eficaz. Entretanto, concretizar esses serviços ainda se faz um grande desafio na prática dos profissionais que atuam no campo da Saúde Mental.

3 OS DESAFIOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Para a concretização da busca pelos desafios da prática profissional na saúde mental discutidos neste tópico, este trabalho dividiu-se em duas fases: pesquisa bibliográfica e entrevistas semiestruturadas realizadas com cinco psicólogos atuantes em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial município de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, que colabora de forma significativa para o entendimento desses desafios. Apesar dos avanços que a RAPS representa e traz consigo, ainda existem muitos desafios a serem superados. Dimenstein et al (2012) afirmam que

Apesar dessa ampliação que indica o avanço do processo de reforma psiquiátrica brasileira é preciso promover ações que garantam o acesso com qualidade, trabalhar de forma georeferenciada, ofertar cuidados considerando a diversidade das necessidades dos usuários e garantir a participação dos mesmos nos processos decisórios (DIMENSTEIN et al, 2012, p.100).

Wetzel (2005) destaca que a legislação e as políticas oficiais estão de acordo com a luta por mudanças no campo da saúde mental. Todavia, a concretização dos serviços ainda é bastante heterogênea e não correspondem ainda a uma substituição eficiente do sistema asilar.

Tais questões também são observadas nas entrevistas feitas com os psicólogos, identificados como P2 e P3. Ambos concordam que a proposição em forma de lei ou de políticas públicas destoa da realidade encontrada nos serviços oferecidos pela RAPS. P2 relata que a Rede de Atenção Psicossocial ainda se encontra fragmentada e que, para atingir a proposta original, seria preciso uma integração maior entre os equipamentos e serviços da Rede e das equipes entre elas.

A não integração entre os diversos setores e serviços da Rede de Atenção Psicossocial pode afetar o tratamento do paciente ao conferir um caráter descontínuo e fragmentado ao acompanhamento desses pacientes pela Rede, contribuindo para a fragilização do vínculo do paciente com a Rede, acarretando uma situação de maior vulnerabilidade desse paciente.

O psicólogo P3 também corrobora com a afirmação de Wetzel (2005), ao afirmar que a transição do sistema asilar para o sistema de Atenção Psicossocial foi feita de brusca forma, deixando muitos pacientes em situação de vulnerabilidade, pois o projeto da RAPS ainda não funciona em sua plenitude e, portanto, não atende de forma eficiente a necessidade de pacientes que estiveram em regime de internação durante um longo período de tempo e perderam os vínculos com seus familiares. P2 considera que esse problema pode ser solucionado com a estruturação da Rede.

No processo de estruturação da Rede, o matriciamento seria de vital importância. P1 e P2 citam o matriciamento do paciente nos diversos setores da saúde como um meio eficiente de acompanhar o paciente e atender às suas necessidades. P3, que atua em um hospital geral, também cita o fortalecimento da integração entre a atenção primária e dos vários setores da saúde mental como algo necessário para a estruturação da Rede. A rotatividade de profissionais nesses setores, entretanto, se faz um desafio para a integração das equipes desses setores e a manutenção do matriciamento feito, como citados pelos psicólogos P1 e P2.

Outro ponto que dificulta a total efetivação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial é a falta de recursos materiais, citado pelas psicólogas P4 e P5 ou de espaço que comporte a demanda de pacientes, como foi relatado pelo psicólogo P1. A falta de profissionais também foi descrita como um desafio a ser superado. O baixo número de profissionais contratados para atuação nos serviços públicos de saúde mental, normalmente, gera uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que atuam nessa área. A sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais que deveriam compor a equipe multidisciplinar foram relatadas por quatro dos cinco psicólogos entrevistados. Atrelada a essa sobrecarga e à falta de recursos, está, também, a desmotivação do profissional.

Yasui e Costa-Rosa (2008) chamam atenção justamente para os desafios que se apresentam aos profissionais da área, responsáveis pela consolidação das mudanças propostas e conquistadas ao longo da reforma psiquiátrica brasileira. Esses autores consideram a formação profissional como a maior ferramenta para a concretização dessa mudança, ainda que a formação ainda se constitua em um desafio à parte,

porque ainda se encontra fragmentada, sem abarcar completamente a complexidade da Rede.

Teixeira (2014) corrobora com essa afirmação ao apontar que a formação do psicólogo privilegia a atuação na clínica, sendo necessária uma reestruturação das diretrizes curriculares, que possibilite repensar a formação e a prática na promoção da saúde mental. Os relatos sobre a formação dos psicólogos entrevistados foram divididos. P2 afirmou que sua formação ajudou muito em seu trabalho, fato que atribui à coordenação do seu curso na graduação, pela militância em favor da reforma psiquiátrica e das oportunidades de estágio oferecidos nessa área. P3 e P4 afirmam que a formação auxilia na prática profissional, porém não abarcou toda a complexidade da Rede de Atenção Psicossocial. P1 e P3 chamam atenção para a importância da formação continuada, objetivando o aperfeiçoamento dos saberes e práticas profissionais.

Yasui e Costa-Rosa (2008) destacam, aliás, que a ruptura com o modelo tradicional, rompendo com o paradigma doença-cura, de viés estritamente biológico e considerando o sujeito em sua totalidade é de fundamental importância para a concretização de uma rede de atenção não verticalizada, que permita a participação ativa de seus usuários.

O trabalho realizado pelo psicólogo P2 e toda a equipe atuante em um Centro de Atendimento Psiquiátrico demonstra essa importância. Os profissionais de diferentes áreas realizam um trabalho interdisciplinar considerando o paciente em sua totalidade e em sua singularidade, criando, para cada paciente, um projeto terapêutico singular, que atenda às necessidades específicas desse paciente. A realização desse projeto terapêutico também foi citada por P1, atuante em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A participação ativa dos usuários foi citada apenas pelo psicólogo P2, que relata a importância de abrir espaço para que as falas dos pacientes sejam escutadas e consideradas. Como exemplo, falou-se sobre a Assembleia de Pacientes, em que todos os profissionais escutam o que os pacientes têm a dizer, o que foi um vetor de mudanças no funcionamento da unidade. Mudanças simples, como a troca de

uniformes por roupas pessoais dos pacientes, que, segundo os próprios pacientes, conferem-lhes identidade, são exemplos de reivindicações deles que foram acolhidos pela equipe.

ZEFERINO et al (2016) entendem que um dos maiores desafios é a primazia do tratamento medicamentoso, que prioriza o cuidado aos sintomas. Nesse sentido, constataram que “o cuidado se caracteriza como tutelador, colocando o sujeito no lugar daquele que precisa ser tratado por outro, que precisa receber medicação, ser observado, ser orientado e não como alguém que sabe de sua doença, que é capaz de tomar decisões”.

Torna-se claro, então, a importância para o profissional de saber diferenciar o cuidado da tutela, respeitando a liberdade de escolha e promovendo a autonomia do paciente, para romper, novamente, com o modelo de cuidado tradicional. A importância do tratamento medicamentoso foi citada por três dos psicólogos entrevistados e é possível ver, entretanto, que, apesar da primazia muitas vezes atribuída ao tratamento medicamentoso, esse cuidado é apenas um dos aspectos do tratamento do paciente, pois, além dos aspectos fisiológicos, envolvem-se, também, os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial trouxeram, de fato, uma grande evolução no que diz respeito ao tratamento oferecido ao doente mental. Apesar de toda a evolução em termos de leis e políticas no âmbito da saúde mental, ainda existem grandes desafios que acompanham a prática do psicólogo que atua na Rede de Atenção Psicossocial.

Para se atingir um cumprimento satisfatório dos serviços ofertados pela RAPS é preciso considerar diversos fatores, como a estruturação dessa rede, que foi pensada para trabalhar de forma integrada, mas que ainda se encontra fragmentada. Outro fator a ser considerado são os profissionais que atuam na RAPS, a formação desses profissionais, o treinamento e aperfeiçoamento, além de considerar as condições de trabalho, para que eles possam atuar de forma satisfatória.

Além disso, é preciso, ainda, quebrar alguns paradigmas que colocam o paciente portador de transtornos mentais como sujeito passivo no próprio tratamento, mas é preciso deixá-lo se colocar no papel de sujeito ativo em sua própria história, resgatando sua autonomia. É necessário considerar a singularidade de cada paciente e percebê-lo em sua totalidade, como o ser complexo que não se restringe ao seu diagnóstico, humanizando o atendimento, o que, de certa forma, é a proposta da Rede de Atenção Psicossocial e foi o que mobilizou a luta pela reforma psiquiátrica em nosso país.

7 REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**.

Portaria Interministerial Nº 353, de 7 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. **Diário Oficial da União**.

Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.2, p.197-205.

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 98, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **História da loucura na idade clássica**. 10.ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: ciência e profissão**, v.29, n.3, p. 436-447, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

SANTOS, Jussara Carvalho dos. **O estigma da doença mental**: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2013.

TEIXEIRA, Maria Verônica; ARAÚJO, Maria Antonieta Nascimento. **Formação e currículo de psicologia para atuação em saúde mental na rede de atenção psicossocial do SUS**, (2014).

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

ZEFERINO M.T et al. **Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial**. Escola Anna Nery. v. 20, 2016.