O MODELO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Brazilian healthcare model for people with mental disorders: a systematic literature review

El modelo brasileño de asistencia para personas con trastorno mental: una revisión sistemática de la literatura

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Avaliar o processo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente no que concerne ao seu impacto na gestão familiar dos cuidados de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa interpretativa realizada entre agosto/2011 e janeiro/2012, em que se adotou como referencial teórico o interacionismo simbólico e como referencial metodológico a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*). Inicialmente, selecionaram-se 49 artigos com os descritores saúde mental, reforma psiquiátrica e cuidado psicossocial, nas bases SciELO, LILACS, e repositórios de universidades. Desses, 17 foram descartados por terem ano de publicação anterior a 2008, e 18 por terem enfoques não contemplados no escopo do estudo. **Resultados:** As relações de poder na forma de tratamento foram identificadas como condições causais do processo de desospitalização, que ocorre em um contexto de deficiência da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, exigindo a participação das famílias no acolhimento e tratamento. Essa estratégia de desconstrução do modelo manicomial tem como consequência a sobrecarga das famílias. **Conclusão:** Se, por um lado, o deslocamento do eixo assistencial do tratamento para o acolhimento da doença e sofrimento do indivíduo em suas relações sociais propunha o resgate dos direitos civis e humanos e a manutenção do paciente na comunidade, por outro, a desospitalização criou uma série de problemas, como a sobrecarga emocional e logística imposta às famílias.

Descritores: Saúde Mental; Assistência à Saúde; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the process of implementing the Brazilian psychiatric reform, especially regarding its impact on families' management of healthcare issues. **Methods:** Interpretative research performed between August 2011 and January 2012, where symbolic interactionism was used as theoretical reference and Grounded Theory was used as the methodological reference. Initially, 49 articles on the subject were selected applying as descriptors mental health, psychiatric reform and psychosocial care, in SciELO, LILACS and university libraries' databases. Of these, 17 articles were excluded for being published prior to 2008 and 18 for having approaches not comprised in the scope of the study. **Results:** The power relationships in the treatment method were identified as causal conditions of the de-hospitalization process, which occurs in a context of deficiency in the network intended to replace psychiatric hospitals, therefore requiring the participation of patients' families in their reintegration at home and treatment. This strategy to deconstruct the psychiatric hospital-based model results in an excessive burden to the families. **Conclusion:** If, on one hand, the shift from hospitalization to in-home care, with embracement of the disease and of patients' suffering in their very social relationships, was to propose the recovery of patients' civil and human rights and their remaining into the society, on the other hand, it creates another series of problems, such as the emotional and logistical burden imposed on patients' families.

Descriptors: Mental health; Delivery of Health Care; Community Mental Health Care.

Marcelo Theophilo Lima^(1,2)
Fernanda Maria Duarte
Nogueira^(1,3)

- 1) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real - Portugal
- 2) Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - Fortaleza (CE) - Brasil
- 3) Universidade Técnica de Lisboa - Portugal

Recebido em: 30/05/2012
Revisado em: 23/08/2012
Aceito em: 09/09/2012

RESUMEN

Objetivos: *Evaluar el proceso de implementación de la reforma psiquiátrica brasileña especialmente con respecto a su impacto en la gestión familiar de los cuidados de la salud. Métodos:* *Se trata de una investigación interpretativa realizada entre agosto de 2011 y enero de 2012, en la que se adoptó como referencial teórico el interaccionismo simbólico y como referencial metodológico la teoría fundamentada en los datos (grounded theory). Inicialmente, se seleccionaron 49 artículos con los descriptores salud mental, reforma psiquiátrica y cuidado psicosocial, en las bases Scielo, LILACS y los repositorios de universidades. De estos, 17 fueron excluidos debido a que tenían el año de publicación antes del año 2008, y 18 por tener enfoques no contemplados en el alcance del estudio. Resultados:* *Las relaciones de poder en la forma de tratamiento fueron identificadas como condiciones causales del proceso de desinstitucionalización, que se produce en un contexto de deficiencias de la red sustitutiva en los hospitales psiquiátricos y que requiere la participación de las familias en el cuidado y tratamiento. Esta estrategia de deconstrucción del modelo manicomial tiene como consecuencia la sobrecarga de las familias. Conclusión:* *Si, por un lado, el desplazamiento del eje asistencial del tratamiento para la recepción de la enfermedad y el sufrimiento de la persona en sus relaciones sociales proponía un rescate de los derechos civiles y humanos y el mantenimiento del paciente en la comunidad, por otro, la desinstitucionalización creó una serie de problemas, como la sobrecarga emocional y logística impuesta a las familias.*

Descriptores: *Salud Mental; Prestación de Atención de Salud; Servicios Comunitarios de Salud Mental.*

INTRODUÇÃO

Está em curso no Brasil a implantação de um novo modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais. Esse modelo decorre das articulações do Movimento da Reforma Psiquiátrica, de caráter político, social e econômico, com forte viés ideológico e que tem como vertente principal a desospitalização, com a consequente desconstrução do modelo manicomial que vigorou no Brasil por muitos anos. A Lei nº 10.216/2001, de iniciativa do Poder Executivo do Brasil, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, marcou o início desse novo tempo⁽¹⁾.

Passa-se, então, de um modelo centrado nos hospitais terciários especializados para um modelo de base comunitária, formado por uma rede de diversos serviços, com características extra-hospitalares. Com essa mudança, o foco da assistência é deslocado do tratamento para o acolhimento, e a responsabilidade pela humanização do processo e pelos custos envolvidos é repartida com as famílias.

As primeiras referências à saúde mental no Brasil remontam ao século XIX, quando foi autorizada a construção do primeiro hospício, o Pedro II, que recebia os pacientes oriundos dos porões da Santa Casa e de uma instalação provisória que existia na Praia Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro. Tal instituição era ligada à Igreja⁽²⁾. Com o advento da Proclamação da República, esse hospício passou à administração pública.

A partir daí, surgiu a primeira política pública para o setor da saúde mental, que tratou da criação de colônias agrícolas, cujos objetivos eram proporcionar aos pacientes uma ocupação produtiva, um contato maior com a natureza e uma redução nos elevados custos desse tipo de internação. Pertencem a essa mesma época os hospitais de Juqueri, em São Paulo, e de São Bento, no Rio de Janeiro – sendo o último desativado, posteriormente, em decorrência das epidemias de febre amarela e malária⁽²⁾.

Já no início do século XX, organizou-se a Campanha de Saneamento, Saúde e Higiene Mental, conduzida por Oswaldo Cruz conjuntamente com a Diretoria de Assistência ao Psicopata do Distrito Federal; foram construídas, também, outras duas colônias no Rio de Janeiro: o Hospital Pedro II e a Colônia Juliano Moreira. O modelo das colônias agrícolas perdurou até a década de 1950, quando se iniciou uma crise em função da superlotação, dos seus elevados custos e da precariedade da assistência prestada. O advento da psicofarmacoterapia, por reduzir o tempo de permanência hospitalar, também contribuiu para diminuir drasticamente o número de pacientes residentes. O modelo de institucionalização deu, assim, seus primeiros sinais de enfraquecimento⁽²⁾.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas por constantes revisões dos valores e costumes sociais, e o modelo psiquiátrico vigente passou a ser questionado por alguns psiquiatras (David Cooper, Davide Laing, Franco Basaglia e Gregory Bateson, por exemplo) contrários às formas violentas de tratamentos da doença mental, que, marcados por ideias de esquerda e pelo pensamento da contracultura, lançaram as bases da antipsiquiatria⁽³⁾. Espaço por excelência do poder médico, o hospital – tratamento em regime fechado – foi questionado por sua ineficiência, alienação perpetuada, desumanização etc.⁽⁴⁾.

As décadas de 1980 e 1990 foram especialmente importantes nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país⁽⁵⁾.

No Brasil, esse movimento foi bem representado pela psiquiatra Nise Magalhães da Silveira (1905-1999), que levantou a questão sobre os métodos de tratamento psiquiátrico e defendeu a utilização de outros meios de expressão para os impedidos de utilizar a linguagem verbal, tendo sido uma das precursoras das atividades de Terapia Ocupacional⁽³⁾. É inegável a influência de Michel Foucault

para alguns intelectuais brasileiros que estavam entre os protagonistas das referidas mudanças⁽⁴⁾.

As discussões sobre as graves consequências advindas da vida institucional, que abriram a possibilidade de mudanças na área de saúde mental, tiveram como marcos teóricos a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas (1990), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)⁽⁵⁾. Na Declaração de Caracas, o Brasil se comprometeu a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, revendo o papel do hospital psiquiátrico, defendendo os direitos civis, os direitos humanos e a permanência do portador de transtornos mentais em seu meio comunitário⁽⁵⁾.

Nesse contexto, tomou corpo o Movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda hoje em curso no Brasil, que é um movimento histórico, de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. Essa reforma, ainda segundo aqueles autores, tem como vertentes principais a desinstitucionalização, com a consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam⁽⁶⁾. Além disso, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um avanço importante para a saúde pública brasileira, pois provocou o surgimento de um novo modelo assistencial. Com a sanção da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e do Regulamento do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8142/1990), foram incorporados à saúde pública os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização, e participação popular, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde⁽²⁾.

Alguns anos mais tarde, foi sancionada a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, considerada, agora, abrangente e moderna. Tal lei estabelece que o desenvolvimento da política de saúde mental é de responsabilidade do Estado, com a participação da sociedade e dos familiares daqueles com transtornos mentais⁽¹⁾.

A lei determina, ainda, que a assistência à saúde mental se organize em forma de rede. Trata-se da intersetorialidade na ação do cuidado. Nela, estão implicados não somente os diversos serviços de saúde mental, como também os serviços de natureza clínica e as instâncias sociais não clínicas que perpassam a vida das pessoas com transtornos mentais⁽¹⁾. O modelo construído tem o mérito de buscar a humanização da assistência prestada e inseri-la no contexto do SUS, reconhecendo que esse tipo de paciente é um cidadão como todos os outros e, portanto, não precisa

ser segregado. Entretanto, causa às famílias um impacto, visto que, como parceiras, passam a arcar com parte da responsabilidade pela humanização do tratamento e pelos custos envolvidos no processo.

O objetivo deste artigo é examinar o processo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira e seu reflexo na gestão familiar dos cuidados de saúde.

MÉTODOS

O presente artigo apresenta os resultados obtidos na fase exploratória de uma investigação maior, do tipo “avaliação de resultados”, que tem por objetivo principal analisar a compatibilidade das características socioeconômicas das famílias dos portadores de transtornos mentais com as definições das políticas públicas para o setor de saúde mental. Esse recorte tem, portanto, o propósito de apresentar a avaliação preliminar do processo de implantação do novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais no Brasil.

A avaliação de resultados julga a efetividade de um programa, política ou plano, com o propósito de saber se a ideia em si é ou não válida, se pode ou não ser generalizada e em quais situações⁽⁷⁾. Para tal, combinou-se a postura própria do método qualitativo para a coleta e análise dos dados e a do método quantitativo para buscar medir os resultados obtidos de forma objetiva. Em avaliações formativas e de resultados, os delineamentos qualitativos e quantitativos são formas complementares, e não antagônicas, de avaliação⁽⁷⁾.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa interpretativa, em que se adotou como referencial teórico o interacionismo simbólico e como referencial metodológico, a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*). O termo “pesquisa interpretativa” deriva do reconhecimento básico dos processos interpretativos e cognitivos relacionados à vida social e destacados nessas abordagens⁽⁸⁾. O interacionismo simbólico entende a sociedade como uma entidade composta de indivíduos e grupos em interação (consigo mesmo e com os outros), tendo como fundamento o compartilhamento de sentidos ou significados, sob a forma de compreensão e expectativas comuns⁽⁸⁾.

A *grounded theory* busca construir indutivamente uma teoria sobre dados através da análise qualitativa, que, combinada a outras teorias, poderá trazer novos conhecimentos à área do fenômeno⁽⁸⁾. A formulação de interpretações teóricas de dados baseados na realidade é um meio poderoso para o seu entendimento e para desenvolver estratégias de ação e medidas de controle⁽⁷⁾.

O método se desenvolve em três fases distintas e sucessivas: coleta de dados; procedimentos de codificação ou análise dos dados, que se subdivide em codificação aberta, axial e seletiva; e delimitação da teoria.

Na primeira fase, por se tratar de uma discussão teórica, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental como técnica de coleta de dados. Inicialmente, foram selecionados 49 artigos científicos das bases de dados SciELO, LILACS e dos repositórios institucionais das universidades de Brasília e de Alicante, entre os meses de agosto e outubro de 2011, a partir das seguintes palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica e cuidado psicossocial. Desses, 17 deixaram de ser incluídos por terem ano de publicação anterior a 2008, e 18, por terem enfoques não contemplados no escopo da pesquisa. Dois, dentre os 14 artigos referenciados, embora tendo sido publicados antes de 2008, foram selecionados pela objetividade com que abordaram o impacto do novo modelo assistencial na dinâmica familiar. Foram utilizadas as ferramentas de busca Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON) e *Mendeley Reference Manager*, de uso corrente e conceituadas no meio acadêmico.

A esses títulos foi acrescida a legislação sobre o assunto, bem como relatórios técnicos do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Psiquiatria. Avanços em determinada parte, necessariamente, do conhecimento do estado da arte, ou seja, dos contributos que já foram feitos sobre o assunto em estudo⁽⁹⁾. Buscou-se, dessa forma, realizar uma pesquisa bibliográfica ampla, porém, seletiva e analítica.

Na segunda fase, os constructos foram categorizados e estabeleceram-se as relações entre as diversas categorias obtidas.

Feito isso, procedeu-se a análise de frequência de cada categoria (análise univariada), construindo-se um quadro demonstrativo que consolida as relações entre o tipo de abordagem e as diversas categorias estabelecidas. Ela foi agregada ao método com o propósito de complementar a análise qualitativa dos dados.

Na última etapa, foram identificadas a categoria central e as categorias subsidiárias, e verificadas as suas relações. Trata-se da conclusão da pesquisa.

RESULTADOS

a) Coleta de dados

O Quadro I consolida o pensamento a respeito da implantação da reforma psiquiátrica no Brasil.

b) Codificação ou análise dos dados

b.1) Codificação aberta

Das 39 manifestações consolidadas no Quadro I, obteve-se a distribuição por tipo de referência constante na Tabela I e a combinação por categorias demonstrada na Tabela II.

O primeiro ponto a ser observado é que mais da metade (51,28%) das referências feitas ao desenvolvimento da reforma psiquiátrica brasileira foram negativas, denotando que, embora tenha um alcance social relevante, sua implementação experimenta algumas dificuldades.

Percebe-se, também, à luz dos dados consolidados na Tabela II, que apenas uma categoria abrigou mais de 25% dos constructos apresentados no Quadro I, e que em cinco categorias estão mais de 80% dos constructos levantados.

b.2) Codificação axial

Identifica-se, então, o processo de desospitalização como a categoria central para a presente análise, e as categorias abaixo listadas como as de maior relevância:

a) Deficiências da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos; b) Desconstrução do modelo manicomial; c) Participação das famílias no acolhimento e tratamento; e d) As relações de poder na forma de tratamento.

A Tabela III demonstra a relação entre as categorias e os tipos de referência. Cinco dessas categorias obtiveram referências exclusivamente negativas, duas obtiveram referências exclusivamente positivas, uma não obteve referências positiva nem negativa, e as duas categorias restantes obtiveram referências positivas e negativas, mas as referências positivas representaram mais de 50% das observações.

b.3) Codificação seletiva

Podem-se identificar as relações entre a categoria central e as categorias subsidiárias, conforme consignado no Quadro II.

c) Delimitação da teoria

As relações de poder na forma de tratamento foram identificadas como condições causais do processo de desospitalização, que ocorre em um contexto de deficiência da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, exigindo a participação das famílias no acolhimento e tratamento. Essa estratégia de desconstrução do modelo manicomial tem como forte consequência a sobrecarga das famílias.

Quadro I - Constructos sobre a evolução da reforma psiquiátrica brasileira.

AUTOR	ANO	CONSTRUCTOS
A – Almeida	2010	1- Fragilidade da porta de entrada; 2- Falta de diálogo entre as diversas partes da rede; e 3- Falta de capacitação, supervisão, estrutura física, medicamentos, pessoal de retaguarda, escuta de qualidade, sobrecarga de trabalho e ausência de um sistema de referência na atenção básica.
B - Amorim e Dimenstein	2009	1- Desconstrução dos saberes psiquiátricos; 2- Desorganização da porta de entrada e falta de porta de saída; 3- Falta de efetividade da rede; 4- Frágil e burocrática articulação entre os serviços; 5- Risco de institucionalização crônica em outras instâncias da rede; e 6- Resgate da cidadania e reinserção no contexto familiar.
C - Borba, Schwartz e Kantorski	2008	1- Importância da família no tratamento e ressocialização do paciente; 2- Importância de se conhecer o universo familiar e como a família convive e reage ao sofrimento psíquico; 3- Influências dos valores, crenças, conhecimento e práticas na promoção da saúde; e 4- Sobrecarga emocional da família.
D – Cavalheri	2010	1- Mudança de foco da doença para o sofrimento do indivíduo em suas relações sociais; 2- Exigência do comprometimento da família no acolhimento e tratamento dos portadores de transtornos mentais; e 3- Cansaço da família.
E - Franco e Merhy	2008	1- Reestruturação produtiva dos serviços de saúde decorrente da mudança no perfil etário da população.
F - Gonçalves e Sena	2001	1- Caráter político, social e econômico da reforma psiquiátrica e a influência ideológica de grupos dominantes; 2- Desconstrução dos manicômios e dos paradigmas que os sustentavam; 3- Limitações da família para resolver os problemas decorrentes da desospitalização; 4- Devolução dos pacientes às famílias sem o conhecimento de suas necessidades e reais condições; e 5- Incapacidade da reforma psiquiátrica de promover a ressocialização do paciente.
G - Gozendo e Torres	2010	1- O comportamento humano frente a determinadas situações define o estilo de gerência.
H - Redes	2009	1- Graves consequências da vida institucional e as mudanças na área de saúde mental; e 2- Compromissos assumidos pelo Brasil na Conferência de Caracas.
I - Magaña	2011	1- Mudanças no modelo de família, com a incorporação das mulheres ao mercado de trabalho remunerado; e 2- O cuidado com os enfermos passou a ser uma sobrecarga.
J - Marques	2009	1- Importância da família na lida com o portador de transtorno mental; 2- Necessidade de redefinição de papéis e atribuições na família; 3- Sentimento de solidão das famílias na lida com o portador de transtorno mental; e 4- Sobrecarga emocional da família.
K - Oliveira	2011	1- Revisão dos valores e costumes sociais levaram ao questionamento da psiquiatria; e 2- Questionamento dos métodos de tratamento psiquiátrico.
L - Sander	2010	1- Desumanização, ineficiência e alienação dos pacientes nos hospitais psiquiátricos; 2- O hospital psiquiátrico como espaço do poder médico; 3- A influência de Michel Foucault sobre a reforma psiquiátrica; e 4- Influência das relações de poder na forma de tratamento.
M - Vicia e Martins	2006	1- A família como mediadora da relação sociedade-paciente.
N – Xavier, Brito, Abreu, Moreira e Vasconcelos	2011	1- Importância da investigação das dificuldades vivenciadas pelos usuários e familiares.

Tabela I - Tipos de referência à reforma psiquiátrica brasileira.

TIPO DE REFERÊNCIA	CONSTRUCTOS	n	%
Referências positivas sobre a reforma psiquiátrica brasileira	B6, E1, H1, H2, K1, K2, L1, L2, L3 e L4	10	25,64
Referências negativas sobre a reforma psiquiátrica brasileira	A1, A2, A3, B1, B2, B3, B4, B5, C4, D1, D2, D3, F1, F2, F3, F4, F5, I2, J3 e J4	20	51,28
Outras manifestações	C1, C2, C3, G1, I1, J1, J2, M1 e N1	9	23,08
TOTAL		39	100,00

Tabela II - Categorias dos constructos sobre a evolução da reforma psiquiátrica brasileira.

CATEGORIAS	CONSTRUCTOS	n	%
Dificuldades enfrentadas pela família com o processo de desospitalização	C4, D3, F3, F4, G1, I1, I2, J2, J3, J4 e N1	11	28,20
Deficiências da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos	A1, A2, A3, B2, B3, B4 e B5	7	17,94
Desconstrução do modelo manicomial	F2, H1, K1, K2, L1 e L3	6	15,38
Participação das famílias no processo de acolhimento e tratamento dos portadores de transtorno mental	C1, C2, D2, J1 e M1	5	12,82
A influência das relações de poder na forma de tratamento	B1, L2 e L4	3	7,69
Caráter político, social, econômico e ideológico da reforma psiquiátrica	F1 e H2	2	5,12
Resgate da cidadania e reintegração ao contexto familiar do portador de transtorno mental	B 6	1	2,57
Influência dos valores e crenças na reestruturação dos serviços de saúde	C3	1	2,57
Mudança de foco da doença para o sofrimento do indivíduo em suas relações sociais	D1	1	2,57
Reestruturação dos serviços de saúde em decorrência da mudança no perfil etário da população	E1	1	2,57
Incapacidade da reforma psiquiátrica de promover a ressocialização do paciente	F5	1	2,57
TOTAL		39	100,00

Tabela III – Relação entre as categorias de constructos e os tipos de referência à reforma psiquiátrica brasileira.

CATEGORIAS	TIPOS DE REFERÊNCIA					
	POSITIVA			NEGATIVA		
	CONSTRUCTOS	n	%	CONSTRUCTOS	n	%
Dificuldades enfrentadas pela família com o processo de desospitalização		0	0	C4, D3, F3, F4, I2, J3 e J4	7	100
Deficiências da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos		0	0	A1, A2, A3, B2, B3, B4 e B5	7	100
Desconstrução do modelo manicomial	H1, K1, K2, L1 e L3	5	83,33	F2	1	16,67
Participação das famílias no processo de acolhimento e tratamento dos portadores de transtorno mental		0	0	D2	1	100
A influência das relações de poder na forma de tratamento	L2 e L4	2	66,67	B1	1	33,33
Caráter político, social, econômico e ideológico da reforma psiquiátrica	H2	1	50	F1	1	50
Resgate da cidadania e reintegração ao contexto familiar do portador de transtorno mental	B6	1	100		0	0
Influência dos valores e crenças na reestruturação dos serviços de saúde		0	0		0	0
Mudança de foco da doença para o sofrimento do indivíduo em suas relações sociais		0	0	D1	1	100
Reestruturação dos serviços de saúde em decorrência da mudança no perfil etário da população	E1	1	100		0	0
Incapacidade da reforma psiquiátrica de promover a ressocialização do paciente		0	0	F5	1	100
TOTAL		10	33,33		20	66,67

Quadro II - Relações entre a categoria central e as categorias subsidiárias.

Condições causais:	As relações de poder na forma de tratamento.
Fenômeno:	O processo de desospitalização.
Contexto:	Deficiências da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.
Condições intervenientes:	Participação das famílias no acolhimento e tratamento.
Estratégias de ação:	Desconstrução do modelo manicomial.
Consequências:	Sobrecarga das famílias

DISCUSSÃO

A política de saúde mental brasileira tem a desinstitucionalização como um de seus princípios basilares. No documento “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, o Ministério da Saúde apresenta a desinstitucionalização como o resultado da implantação de mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução do número de leitos

psiquiátricos, embora reconheça que tenha havido mudanças sociais e culturais que a respaldaram⁽¹⁰⁾.

A desinstitucionalização representa, entretanto, a desconstrução dos saberes psiquiátricos, e não apenas a extinção dos manicômios. O sentido de cidadania se contrapõe ao conceito de doença mental, que impõe limites aos direitos dos cidadãos⁽¹¹⁾. O foco da assistência prestada aos portadores de transtorno mental deixou de ser a doença

e passou a ser o sofrimento do indivíduo em suas relações sociais⁽¹²⁾.

Outro ponto importante da reforma psiquiátrica brasileira reside na implantação de uma rede substitutiva capaz de compensar a drástica redução no número de leitos psiquiátricos no país. O Ministério da Saúde, por meio do SUS, é responsável por regular e organizar essa rede, suas ações e serviços de saúde, em níveis de complexidade crescente, observando em todo o território nacional os princípios da hierarquização e a regionalização desses⁽¹⁰⁾.

O Ministério da Saúde apresenta, ainda, como parâmetros para organização dessa rede substitutiva. os princípios basilares do SUS de acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações; a equidade da oferta de serviços; a descentralização político-administrativa; e o controle social das ações, exercido por usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras⁽¹⁰⁾.

A rede proposta pelo Ministério da Saúde, fundamentada nas conclusões da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, tem base comunitária e é essencialmente pública, formada por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais⁽¹⁰⁾. Observa-se a completa exclusão dos hospitais terciários especializados – hospitais psiquiátricos – da citada rede.

Para o acolhimento de pessoas em sofrimento mental, é crucial a articulação em rede de variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico⁽¹¹⁾. Percebe-se uma prevalência do acolher sobre o tratar. A loucura não é um fato da natureza, mas da civilização, e a forma de se tratar a loucura, em voga a partir dos anos 1960, é influenciada pelas relações de poder⁽⁴⁾. Nota-se que as políticas públicas brasileiras para a saúde mental são fortemente influenciadas por esse modo de pensar.

A prática tem demonstrado a desorganização das várias portas de entrada e a falta de portas de saída, de forma que a rede pretendida pelo Ministério da Saúde não é efetiva e a articulação entre os diversos serviços é frágil e burocrática. As práticas atuais levam ao risco de institucionalização crônica e cronicada em outras instâncias da rede de saúde mental, reproduzindo o modelo manicomial do qual se quer escapar⁽¹¹⁾.

A pesquisa que examinou a possibilidade de acolhimento e tratamento do doente mental grave na atenção básica em uma realidade do nordeste do Brasil concluiu igualmente pela fragilidade da porta de entrada do sistema e pela falta de diálogo entre as diferentes partes que o compõe. De maneira reiterada, terapeutas e gestores da atenção básica não consideraram que a rede estivesse

capacitada para acolher e tratar portadores de doenças mentais graves como a esquizofrenia; talvez apenas casos leves ou compensados. Dentre as razões levantadas, mencionaram a falta de capacitação, supervisão, estrutura física, medicamentos, pessoal, retaguarda, escuta de qualidade, além da sobrecarga de trabalho e ausência de um sistema de referência operante⁽¹³⁾.

A simples promoção da desospitalização criou uma série de outros problemas, como a intensificação das exigências do comprometimento das famílias sem que elas tivessem sido adequadamente instrumentalizadas, gerando uma forte sensação de desamparo⁽¹²⁾. A família tem um papel relevante como parceira no cuidado de pacientes com depressão, mas ficam no ar algumas importantes perguntas: do que precisa a família para se sentir parceira no processo de cuidado? Como a família vive o papel de cuidador? Quais são as suas principais necessidades?⁽¹⁴⁾.

A intensificação das exigências quanto ao comprometimento das famílias tem modificado de maneira decisiva a trajetória da sua participação no acolhimento e tratamento dos portadores de transtornos mentais⁽¹²⁾. Em decorrência das mudanças no modelo assistencial, a família se reveste de especial relevância tanto no aspecto do cuidado propriamente dito quanto no aspecto da ressocialização; portanto, é fundamental conhecer o universo familiar e a forma como seus membros reagem e convivem com o sofrimento psíquico⁽¹⁵⁾.

À família, como mediador por excelência entre a sociedade e a pessoa com transtorno mental, cabe os cuidados contínuos e cotidianos, visto que a tendência atual é de que os serviços de saúde atuem apenas nos momentos de crise⁽¹⁶⁾. Existe, então, a necessidade de redefinição dos papéis e das funções na família, pois se sabe que nela as relações se tornam pobres e pouco estimulantes⁽¹⁴⁾.

Assim como não é aceitável estigmatizar e excluir as pessoas com transtornos mentais, também não é correta a devolução delas às famílias, como se estas pudessem resolver os problemas da vida cotidiana acrescidos das dificuldades geradas pela convivência, manutenção e cuidado com o doente mental. Devem ser valorizadas as determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, religiosas, individuais e coletivas⁽⁶⁾.

Essa parece ser uma contradição importante do modelo implantado. O doente mental está sendo entregue à sua família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições dela, especialmente dos cuidadores, em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida – aspectos que estão profundamente interligados⁽⁶⁾.

Ao mesmo tempo em que as famílias preferem ver os seus entes em casa a vê-los internados, referem cansaço e exaustão com a lida diária⁽¹²⁾. A família não compreende o comportamento do seu familiar, sente-se sozinha no

processo e, por isso, reclama apoio dos profissionais de saúde na definição de estratégias de comunicação que facilitem o papel de cuidador⁽¹⁴⁾.

O estudo do impacto do atual modelo assistencial em saúde mental sobre as famílias identificou três categorias de discursos entre os cuidadores entrevistados: o eu usurpado, em que há o sentimento dos cuidadores de terem sido destituídos de si mesmos e passaram a viver a vida do familiar adoecido psiquicamente; a complexidade de viver afetos intensos e contrastantes; e a carência do cuidador, na expectativa de receber ajuda dos serviços de saúde mental. A sensação de desamparo decorre das novas demandas impostas sem instrumentalização para atendê-las⁽¹²⁾.

Nesse contexto, conceitua-se a família como um sistema no qual valores, crenças, conhecimentos e práticas direcionam as práticas de promoção da saúde, tanto no aspecto da prevenção quanto no do tratamento; e o processo de cuidar define as estratégias frente a qualquer necessidade⁽¹⁵⁾. Trata-se de um processo semelhante ao que ocorre nas pequenas organizações, em que esse conjunto de fatores influencia o comportamento humano frente a determinadas situações, bem como define o estilo de gerência praticado⁽¹⁷⁾.

Esses fatores estão em constante evolução. O modelo de família constituído por um homem provedor e uma mulher dona de casa, responsável pela higiene e pelos cuidados domésticos, vem se modificando com a incorporação das mulheres ao mercado de trabalho remunerado. Com isso, tarefas como cuidar dos enfermos passam a ser uma sobrecarga para elas, especialmente em famílias de baixa renda. Esse processo exigiu uma mudança de paradigma na compreensão da relação entre os usuários e a forma de produção de cuidados em saúde nessas famílias⁽¹⁸⁾.

A questão dos custos envolvidos como um fator relevante na gestão familiar de cuidados de saúde também deve ser considerada, pois, frequentemente, implica na renúncia ao trabalho remunerado por parte de algum membro da família, aumentando a pobreza e a vulnerabilidade social dessas famílias; no custo monetário propriamente dito, visto que envolve traslados, compra de medicamentos e outros trâmites próprios do cuidado; além do impacto psicológico e físico na qualidade de vida do cuidador, que se expressa pelo cansaço físico e emocional⁽¹⁸⁾.

A mudança de paradigma do modelo assistencial em saúde mental de *tratamento* para *acolhimento* pode não ter sido motivada apenas por razões humanitárias. A modificação no perfil etário da população impacta nas necessidades e nos custos envolvidos na prestação dos serviços de saúde, o que tem provocado um processo de reestruturação produtiva, buscando um novo modelo de produção do cuidado, a fim de reduzir seus custos operacionais⁽¹⁹⁾.

Assim, surgem e ganham espaço, tanto na saúde pública quanto na suplementar, modelos como o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), instituído pela Portaria nº 2.029/11 do Ministério da Saúde⁽²⁰⁾, e o Programa de Internação Domiciliar (PID), criado pela Portaria nº 2.529/2006 do Ministério da Saúde⁽²¹⁾, além de outros programas, como o Programa de Volta para Casa, destinado à reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003⁽²²⁾, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio à reabilitação psicossocial.

A reforma psiquiátrica brasileira tem se mostrado incapaz de viabilizar a ressocialização do paciente com transtorno mental e é tratada como simples desospitalização, o que tem se refletido negativamente sobre as famílias⁽⁶⁾.

A investigação das dificuldades vivenciadas pelos usuários e familiares servirá para traçar intervenções e ações que possam contribuir na melhoria da qualidade de vida de ambos⁽²³⁾.

CONCLUSÕES

A história da saúde mental no Brasil pode ser dividida em três fases: a primeira e mais longa delas teve início ainda no século XIX e se estendeu até meados do século XX, caracterizada pelo estabelecimento e consolidação do modelo manicomial de assistência; a segunda fase teve início em meados do século XX e se estendeu até 2001, caracterizando-se pela desconstrução do modelo assistencial até então vigente, iluminado pelo movimento da antipsiquiatria; a terceira fase, iniciada em 2001 com a promulgação da Lei nº 10.216/01, perdura até os nossos dias, caracterizada pelo rompimento definitivo com o modelo manicomial.

A reforma psiquiátrica no Brasil seguiu caminho semelhante ao seguido por outros países, alicerçada na desospitalização, redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e substituição deles por outros, em hospitais clínicos; além da reivindicação por outros equipamentos no âmbito da atenção básica e secundária. Outra característica marcante foi o deslocamento do eixo assistencial do tratamento para o acolhimento; da doença para o sofrimento do indivíduo em suas relações sociais.

O presente artigo consolidou os resultados obtidos na avaliação preliminar desse processo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente no que se relaciona ao seu impacto na gestão familiar dos cuidados de saúde.

À luz do estudo realizado, a avaliação desse processo é predominantemente negativa, sendo as dificuldades

enfrentadas pelas famílias com a desospitalização a sua questão central.

O estudo mostrou que se, por um lado, a mudança no modelo assistencial buscou resgatar, através dos direitos civis e humanos, a manutenção do paciente na comunidade, por outro, criou o problema da sobrecarga emocional e logística para as famílias. Do ponto de vista emocional, o cansaço e a sensação de desamparo; do ponto de vista logístico, a transferência de uma significativa parcela dos custos com o tratamento do Estado para as famílias.

Entretanto, o aprofundamento desse estudo é necessário e será importante para que se saiba qual é o real impacto do processo de desospitalização na gestão familiar dos cuidados em saúde mental e se a política pública para o setor é compatível com o perfil socioeconômico da população assistida pelo SUS – aspectos não completamente elucidados nos documentos estudados. O processo de desospitalização decorrente da implantação desse novo modelo de atenção aos pacientes com transtornos mentais poderá ser causa de desassistência se esses custos transferidos às famílias forem incompatíveis com o perfil socioeconômico delas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 09 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 [acesso em 2011 Set 20]. Diário Oficial da União de 09 abr 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
2. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil [acesso em 2011 Set 6]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2006. Disponível em http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf
3. Oliveira WV. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. História Ciência Saúde Manguinhos [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2011 Set 6];18:141-54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702011000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Sander J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault , a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. Michel Foucault's conceptual toolbox, psychiatric reform and contemporary challenges. *Psicol Soc* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 Set 6];22(2):382-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/19.pdf>
5. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil : uma (re) visão. The psychiatric reform in Brazil: a (re) view. *Cien Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2011 Set 6];14:297-305. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>
6. Gonçalves AM, Sena RR de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família . *Psychiatric reform in Brazil: contextualization and consequences regarding the care for the mentally in their family environment*. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 2011 Set 6];9(2):48-55. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt&nrm=iso
7. Roesch SMA. Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de Conclusão, Dissertações e Estudos de Caso. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
8. Cassiani, SHB, Caliri, MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 1996 [acesso em 25 jan 2012];4:75-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300007&lng=pt&nrm=iso
9. Barañano, A M. Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de Apoio à realização de Trabalhos de Investigação. Lisboa: Edições Silabo. 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. [acesso em 2011 Set 6]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf
11. Amorim AK de MA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cien Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2011 Set 6];14:195-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
12. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Changes in mental health care model and the impact on family. *Cambios del modelo de atención en salud mental y su impacto en la familia*. *Rev Bas Enferm* [periódico na Internet]. 2010 2009 [acesso em 2011 Set 6];63:51-57. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=542561&indexSearch=ID>

13. Almeida GH. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes [tese; acesso em 2011 Out 14]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=594109&indexSearch=ID>
14. Rosado MMFS. As necessidades dos cuidadores familiares da Pessoa com depressão: uma revisão sistemática da literatura. *Cultura de los Cuidados* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2011 Set 6];25:88-97. Disponível em <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/11544>
15. Borba LDO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista Enfermagem* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Set 6];21(4):588-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Vecchia MD, Terezinha S, Martins F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estud Psicol. (Natal)* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2011 Set 6];11(2):159-68. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=456938&indexSearch=ID>
17. Gosendo EEM, Torres CV. Influência dos valores organizacionais sobre estilos de gerenciamento em empresas de pequeno porte. The influence of organizational values on the management styles of small firms. *Influencia de los valores organizacionales en los estilos de gerencia de las. Paideia (Ribeirão Preto)* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 Set 6];20:29-38. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/6108>
18. Magaña I, Calquín C, Silva S, García M. Diversidad familiar, relaciones de género y producción de cuidados en salud en el modelo de salud familiar: análisis de caso en un CESFAM de la Región Metropolitana, Chile. *Terapia Psicológica* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2011 Set 6];29:33-42. [acesso em 12 out 2011]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Home health care in supplementary care: a device for a productive restructuring. *Cien Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Out 12];13:1511-20. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000500016&script=sci_abstract
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* de 25 ago 2011 [acesso em 2011 Set 6]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [acesso em 2011 Set 6]. *Diário Oficial da União* de 20 out 2006. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>
22. Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [acesso em 2011 Set 6]. *Diário Oficial da União* de 01 ago 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
23. Xavier JM, Brito EM, Abreu RNDC, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2011 Set 9];25(2):161-6. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2012.2_artigo04.pdf

Endereço para correspondência:

Marcelo Theophilo Lima
Rua Barbosa de Freitas, nº 300 Apto. 703
Bairro: Meireles
CEP 60.170-020 - Fortaleza - CE
E-mail: marcelo.theophilo@hotmail.com.br