

A PRÁXIS DO PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DOS PRESSUPOSTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**THE PRACTICES OF THE MENTAL HEALTH PROFESSIONALS UNDER THE OPTICS OF THE PSYCHIATRIC BEFORE ASSUMPTIONS**Aliandra Fernanda de Siqueira Alves¹Fernando Lucas de Souza Oliveira²Rhayana Feitosa Borges Rodrigues³Tábatha Bezerra Oliveira⁴**RESUMO**

Introdução: A reforma psiquiátrica é um movimento social que surge após segunda guerra mundial, com a crítica ao modelo biomédico hospitalocêntrico vigente na época. Trata-se da mudança do processo de gestão do cuidado ao portador de transtorno mental, onde são incorporados novos pressupostos técnicos e éticos, com o objetivo de reestruturação das leis como também dos estigmas sociais acerca do portador. O presente artigo trata-se de um relato de experiência sobre o que foi observado, ao longo de um período de 8 encontros, na atuação dos profissionais no CAPS Nise da Silveira, em comparação com os pressupostos da reforma psiquiátrica, já que este é um serviço que surgiu após a reestruturação do modelo asilar de saúde, e os desafios observados neste processo. **Objetivo:** Analisar, criticamente, a teoria e a práxis dos profissionais de saúde que atuam sob os pressupostos da reforma psiquiátrica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência a partir da realização de um levantamento de artigos científicos publicados na íntegra a partir de 2001, em diferentes bases de dados online, acerca do processo da reforma psiquiátrica em saúde no Brasil. **Discussão:** No atual cenário político, social, econômico e cultural em que o Brasil se encontra, se torna um desafio para o profissional da área de saúde enfrentar as adversidades e muitas vezes sobrecarga de atividades, o que pode comprometer a eficácia profissional. Há também os desafios individuais de cada profissional sobre o seu próprio fazer, se seu trabalho está atrelado aos pressupostos teóricos das novas configurações sobre o olhar à saúde ou não. **Conclusão:** É necessário compreender os aspectos relacionados aos desafios políticos e socioeconômicos e os que se tratam de desafios da competência

-
1. Psicóloga, graduada pelo Centro Universitário Maurício de Nassau
Email: aliandra18@gmail.com
 2. Psicólogo, graduado pela Faculdade Pernambucana de Saúde
Email: fernando.souza2294@gmail.com
 3. Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar.
E-mail: rhayanabrodrigues@gmail.com
 4. Psicóloga, especialista em Terapia de Família e Casal pela Universidade Federal de Pernambuco e mestranda em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.
E-mail: tabatha_oliveira@hotmail.com

profissional. Dessa forma, vê-se a necessidade de debate acerca do modelo inovador da reforma psiquiátrica entre os profissionais e quais os seus impactos.

Palavras-Chave: Reforma psiquiátrica, saúde, profissionais de saúde, modelo hospitalocêntrico.

ABSTRACT

Introduction: The psychiatric reform is a social movement that appears after the second world war, with a critique around the biomedic model valid at the time. It's about changing the process of care management process to the mental disorder patient, where new technical and ethical assumptions are incorporated with the objective of restructuring not only the laws but also the social stigmas on the person with mental disorder. The present article is an experience report about what was observed in the period of eight meetings, in the work of the professionals in CAPS Nice da Silveira, compared to the assumptions of the psychiatric reform, since this is a service that emerged after the structuring of the asylum model of health, and what challenges were observed in this process. **Objective:** To make a critique between the theory and practice of health professionals who work on the assumption of psychiatric reform. **Method:** This is an experience report, based on a survey of scientific articles published in full since 2001 in different databases online, about the process of psychiatric reform in health. **Discussion:** In the current political, social, economic and cultural scenario in which Brazil finds itself, it becomes a challenge for the healthcare professional to face the adversities and often over load of activities, which can compromise professional effectiveness. There are also the individual challenges of each professional about their own doing, if their work is tied to the theoretical assumptions of the new settings on looking at health or not. **Conclusion:** It is necessary to understand the aspects related to the political and socioeconomic challenges and those that are challenges of professional competence. Thus, there is a need to debate about the innovative model of psychiatric reform among professionals and what their impacts are.

Key words: Psychiatric reform, health, health professionals, hospital-centered mode.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica contemporânea surge no cenário pós-segunda guerra com uma crítica ao modelo asilar de tratamento, proposta pelos hospitais psiquiátricos, ao portador de transtorno mentais. Esta pode ser entendida com um processo psicossocial complexo onde a mudança na assistência se atrela aos novos pressupostos técnicos e éticos sendo necessária a validação jurídico-legal desses pressupostos tal como a incorporação cultural por parte da sociedade. Na década de 70, a Reforma entra no Brasil com modelos inovadores de comunidades terapêuticas que visavam a libertação dos portadores de transtornos das prisões hospitalocêntricas. (BEZERRA, 2007)

Na segunda metade da década de 1970 é que a atual reforma psiquiátrica brasileira germina a luta mais ampla pela redemocratização do país. Porém, dois acontecimentos mantêm relação com o que aconteceria depois. São elas: a criação do modelo das comunidades terapêuticas, antepassado da reforma, e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui as ideias de saúde mental, em oposição à doença mental) e de atuação na comunidade, com intuito preventivo.

No Brasil, o processo das comunidades terapêuticas, perdurou na virada da década de 1960 para a de 1970, tendo ponto de contato com o movimento atual de reforma e por ter sido uma reação aos modelos tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. (TEIXEIRA, 1993). Poderia ser resumido numa tentativa de construção, a partir da visão psicanalítica, de um novo modelo discursivo/organizacional que reordenasse e remodelasse as ações do cotidiano no hospital. O uso da psicanálise tinha como objetivo interpretar, por meio das leituras inconscientes, não apenas os usuários, como também a instituição e seus profissionais.

“Tratava-se, grosso modo, da tentativa de construção, a partir da psicanálise, de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar. A aplicação da psicanálise consistia em interpretar, por meio das leituras inconscientes, não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais. A psicanálise comparecia, portanto, para tornar instituições e equipes objeto de interpretação e, como afirma o diretor da primeira comunidade terapêutica do Rio de Janeiro, dr. Oswaldo dos Santos, para assinalar que os limites entre saúde e enfermidade mental são muito menos nítidos. A consequência é a de que o psicanalista, que saberia sobre o inconsciente, torna-se o grande modelo identificatório para os demais membros da comunidade terapêutica.” (TENÓRIO, 2002, p. 29)

A psicanálise propunha, portanto, tornar instituições e equipes objeto de interpretação e, para delimitar que os limites entre saúde e enfermidade mental não são nítidos. O resultado disso é que o psicanalista, que sabia sobre o inconsciente, torna-se uma grande referência para os demais membros da comunidade terapêutica. (TENÓRIO, 2001)

Se as comunidades terapêuticas tinham como objetivo reverter a lógica manicomial e promover a questão da liberdade no interior do hospício, quanto a isso fracassaram (DELGADO, op. cit., p. 48). Acontece que a experiência não teve impacto sobre o modelo e foi recusada pelos manicômios privados que não queriam aderir à mudança, se transformado em marketing ao manicômio, que incorporava uma estrutura moderna, sem deixar de ser conservador. Porém, mesmo diante disso costuma-se lembrar o legado ideológico positivo desta experiência e sua influência sobre algumas vivências recentes no atual cenário da reforma psiquiátrica brasileira. (TENÓRIO, 2002)

A superação do modelo manicomial, teve, nas políticas de saúde do Brasil, um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), até a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). É visto que nas últimas décadas, na reforma psiquiátrica do Brasil, houve um intercalamento entre os períodos de intensificação das discussões ao surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que não havia avanços do processo. (BEZERRA, 2007; HIDERS, 2009)

Historicamente, pode-se situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos na pauta do reestruturamento das nas discussões da assistência psiquiátrica no país. A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, se torna um marco para o setor de saúde sendo impulsionador para mudanças no Ministério da Saúde. Neste momento histórico, no qual o Brasil participou e se tornou signatário, é promulgado o documento final nomeado de: "Declaração de Caracas". Com isso, os países da América Latina, comprometem-se a promover a transformação e reestruturação da assistência psiquiátrica, reavaliando criticamente o papel hegemônico e centralizador dos hospitais psiquiátricos, salvaguardando os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e permitindo com que fosse reinserido em seu meio social com liberdade. (HIRDES, 2009; AMARANTES, 2000)

Houveram, na história exemplos práticos a respeito da transformação do modelo manicomial, como: o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, denominado popularmente de “Nossa Casa”, e a casa de Saúde Anchieta, em Santos, o Centro de Atenção Psicossocial DR. Luís da Rocha Cerqueira. A casa de Saúde Anchieta, em Santos 1989, é considerada por alguns autores como marco na história da reforma psiquiátrica no Brasil, onde aconteceu uma intervenção médico-legal num asilo. Sendo assim a primeira experiência concreta de desconstrução da lógica hospitalocêntrica no país, visando a lógica substitutiva. (BEZERRA, 1992; NICÁCIO, 1994; AGUIAR, 1995)

Bezerra (2007) ressalta que, o modelo da reforma psiquiátrica no Brasil, deixou de ser uma proposta alternativa e vem se consolidando ao longo do tempo como marco fundamental da política de assistência à saúde mental. Suas influências permeiam o campo social, o universo jurídico e os meios universitários que formam profissionais na área de saúde.

Na reforma psiquiátrica existem várias esferas a serem analisadas. Na esfera assistencial, o grande desafio não se limita a achar formas inovadoras de organização à atenção como também de criar modelos novos de cuidado e basear intervenções de acordo com estes novos dispositivos, modelos totalmente diferentes aos asilares hospitalares e dos espaços ambulatoriais tradicionais, sendo assim mais abrangente. Por o Brasil ser um país de imensa dimensão continental e grande diversidade cultural, torna-se um desafio articular um modelo de assistência a saúde que disponibilize um serviço igualmente nas megalópoles quanto nas pequenas cidades do interior, para populações grandes e escassas. Segundo Hirdes (2009), com os pressupostos da reforma, as noções de território e rede não podem ser idênticas, levando em conta contextos socioeconômicos e culturais diferentes, a exemplo das pequenas comunidades amazônicas e as grandes megalópoles como a do grande Recife, São Paulo ou Rio de Janeiro. Bezerra (2007, p. 244) afirma:

“Na esfera da clínica (uma dimensão, mas não a única, do plano assistencial), os desafios apontam para duas direções: de um lado, é preciso avançar na elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica (a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito) e amplie o alcance da rede (a constituição de uma clínica ampliada, a incorporação de várias categorias profissionais às estratégias terapêuticas, o recurso a modalidades de intervenção oriundas de diversas orientações teóricas, etc.). Esse tipo de discussão é, por assim dizer, interior ao campo da Reforma.”

Para os autores supracitados, o êxito da implantação dos pressupostos da reforma pode ser medido pelo fato de que muitas pessoas não apoiam mais o ideário manicomial. Mesmo as instituições e profissionais que apoiam o modelo biomédico dos hospitais psiquiátricos, e que tentam manter essa ideologia ultrapassada, estão de acordo com as diretrizes gerais do movimento da reforma, porém apoiam suas críticas e reivindicações acerca das insuficiências e inconsistências, que são desafios à implantação do novo modelo assistencial a saúde mental. Porém estes desafios não poderiam não existir, se tratando de um país tão grande e com tanta diversidade cultural, social e econômica, o desafio não se dá apenas em concretizar os princípios e diretrizes da reforma, mas pelos inúmeros obstáculos que se mostram na educação, na política e na desigualdade social.

“A resistência às propostas reformistas aparece de forma indireta, na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de tratamento, na importação acrítica, para a Psiquiatria, do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso na utilização da nosografia descritiva dos DSMs, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, e assim por diante. Deste modo, o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema político assistencial hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética.” (BEZERRA, 2007, p. 244)

É importante lembrar da dimensão política que se reverbera no plano assistencial como dificuldade na consolidação e no poder que os órgãos que coordenam a atenção à saúde mental necessitam realizar para colher transformações nas práticas à assistência, tanto na rede privada quanto pública. Isso significa em defender e estimular mecanismo atrelados ao critério de financiamento que estimulem as propostas e diretrizes da reforma, como por exemplo; estimular o funcionamento do CAPS, implantar programas de moradias, construir redes no território para assistência à saúde, estimular a criação de centros terapêuticos que reforcem a autonomia do usuário do serviço, para que ele possa se sentir inserido e estar engajado com o meio social em que vive, estimular políticas de educação permanente tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, para que a população possa cada vez mais transformar crenças limitantes sobre a imagem do portador de transtorno mental, sob a luz do conhecimento, e para os profissionais de saúde se capacitarem cada vez mais sobre a assistência à saúde com base nos pressuposto da reforma, estimulando universidades e hospitais escolas a lecionarem seus

estudantes desde cedo a atuarem sobre esta ótica.(BEZERRA,2007; HIRDES,2009). Sobre isto, Bezerra (2007, p. 245) assinala:

“A formação de recursos humanos é outro desafio fundamental. A maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, não viveram o intenso intercâmbio com figuras emblemáticas desse movimento no nível internacional, como Basaglia, Foucault, Rotelli e outros, em suas vindas ao Brasil. Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política começou a experimentar um esvaziamento que só fez se acentuar desde então.”

Por isso é importante que as políticas públicas do SUS se articulem cada vez mais para transformar não só as unidades físicas hospitalocêntricas baseadas na ideologia manicomial, como também investir na transformação da mente dos novos profissionais da área de saúde que estão por vir, através da educação como ferramenta primordial como caminho para se chegar a tal objetivo. (ROTELLI, 1990)

Apesar das dificuldades que o sistema de saúde pública brasileiro vem enfrentando, em função de um Estado limitante, que não oferece todos os recursos físicos necessários, o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país, vêm transformando a estrutura de assistência à saúde mental. A desinstitucionalização consegue ultrapassar os limites das práticas de saúde e atingindo, assim, o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura. (AMARANTES, 2000; TENORIO, 2002)

A partir da experiência prática vivida ao longo de 8 encontros no CAPS Nise da Silveira, localizado no município de Olinda, foi possível refletir criticamente acerca da atuação dos profissionais da área de saúde mental, baseado no conhecimento teórico sobre a reforma psiquiátrica. Segundo Rotelli (1990), a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação, contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em

transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas.

No entanto, para Bezerra (2007) a consolidação da Reforma apesar de inovadora traz consigo uma quantidade crescente de desafios que precisam ser enfrentados pelos profissionais dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. Não existe precedente de implantação de uma reforma deste tipo num país com as características (geográficas, políticas, sociais e econômicas) como o Brasil. Ainda de acordo com o autor:

“A da construção de um sistema assistencial, um imaginário cultural e uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da Reforma exige que a imaginação, a criatividade e a reflexão crítica encontrem uma maneira de delinear com clareza quais são os desafios específicos que este horizonte de transformação enfrenta nas condições de nosso país.” (p. 243)

Diante dos inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, enxerga-se a importância da descentralização do cuidado pautado única e exclusivamente no olhar clínico do médico psiquiatra, e a necessidade de o profissional da área de saúde e da rede de assistência desenvolver um olhar diferenciado acerca do usuário do serviço do CAPS. (LEONARDIS, 1990; DELGADO, 1996)

“A resistência às propostas reformistas aparece de forma indireta, na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de tratamento, na importação acrítica, para a Psiquiatria, do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso na utilização da nosografia descritiva dos DSMs, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, e assim por diante. Deste modo, o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema político–assistencial hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética.” (BEZERRA, 2007, p. 1).

Não obstante, foi observado no CAPS Nise da Silveira, que as ações de alguns profissionais da rede, nem sempre condiziam com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando assim questionamentos quanto ao fazer do profissional e sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais tal como na desestigmatização e cuidado efetivo destes. Mesmo pautados nos princípios da reforma, alguns profissionais ainda possuem um olhar retrógrado sobre os portadores de transtorno. De forma que os enxergam com a mentalidade do modelo manicomial, como pessoas doentes e

limitadas que precisam ser curadas. (DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2002; NUNES, 2007)

“A despeito da Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta.” (NUNES, 2007, pag.1).

Este trabalho busca contribuir para uma reflexão crítica acerca da atuação dos profissionais da área de saúde mental no cenário da Reforma Psiquiátrica, através do relato de experiência sobre o que foi observado nas atividades realizadas pelos profissionais do CAPS Nise da Silveira, localizado no município de Olinda.

DISCUSSÃO

Segundo BEZERRA (2007) existem alguns temas que são cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista. São eles: novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito. (AMARANTE, 2000)

Através da observação sistemática do fazer diário dos profissionais do CAPS Nise da Silveira, foram identificados alguns pontos que merecem atenção sobre a atuação dos mesmos: déficit no entendimento de alguns profissionais acerca do que concerne na atuação de outros profissionais, banalização do sofrimento psíquico de alguns portadores de transtorno e influências de convicções pessoais tais como crenças religiosas e políticas na atuação do profissional com os portadores de transtorno. (TOFOLI, 2007)

Diante desses pontos destacados é possível constatar que eles refletem o despreparo dos profissionais no âmbito teórico, o que reflete em suas práticas. A falta de conhecimento no que concerne a atuação de outros profissionais colega de trabalho é reflexo de ruídos de comunicação e falha no trabalho interdisciplinar. Um exemplo disto foi observado na fala de uma das enfermeiras, enquanto tecia comentários acerca da atuação do profissional da área de psicologia dando a entender

que não se tratava de uma ciência e que ela, por não fazer parte da área, era uma pessoa mais “direta”.

A banalização do sofrimento psíquico dos funcionários em relação aos portadores de transtorno é outro tema fruto da falta de preparo teórico. Foi observado na fala de um técnico de enfermagem tal banalização, enquanto um dos usuários do serviço do CAPS estava em pleno surto, o técnico comentou que se tratava apenas de um “teatrinho” e que não merecia atenção. O mesmo despreparo foi observado por parte deste técnico durante uma das atividades do CAPS chamada “boa tarde”, onde é feita uma roda conversa, ministrada pelo profissional responsável por esta atividade no dia, em que os portadores de transtorno dizem como passaram a noite anterior, se a medicação está fazendo efeito e como estão os sintomas. A medida que acontecia a atividade, um dos pacientes disse que não dormira bem por sentir uma sensação de asfixia quando tentava dormir e por achar que haviam pessoas o perseguindo. O técnico de enfermagem aconselhou-o a tomar a medicação mais tarde para que o paciente aproveitasse o efeito de sonolência que a medicação proporcionara junto a um copo de suco de maracujá, que a sensação de asfixia e de perseguição iriam cessar. Isso reflete enorme despreparo, já que só um profissional médico psiquiátrico pode fazer reajustes no horário de uma medicação, e claramente um copo de suco de maracujá não irá cessar os sintomas esquizofrênicos do portador de transtorno.

Por fim, a influência das convicções pessoais políticas e religiosas refletidas na atuação do profissional é um dos pontos mais preocupantes. Ao longo desses 8 encontros realizados no CAPS Nise da Silveira, coincidiu de o Brasil estar em um momento de eleições, assim como no município de Olinda. Foi observado a manifestação política por parte dos funcionários enquanto andavam com adesivos colados à roupa de candidatos políticos. Em um dos encontros, durante a atividade de boa tarde foi dito por um dos profissionais que um candidato a prefeito do município de Olinda ia visita-los, mas que aquilo não se tratava de campanha política (o que seria proibido). Mas dificilmente não se tratara de uma campanha política, já que um candidato de outro partido não havia sido convidado para visitar o CAPS e o candidato convidado era exatamente aquele que os funcionários traziam consigo nos adesivos colados à roupa.

A convicção religiosa dos profissionais também influenciava a atuação dos profissionais. Já que constantemente era observado na fala dos mesmos para com os usuários dos serviços do CAPS, menções a Deus e Cristo, a medida em que os

profissionais diziam que a melhora dos pacientes se associava a estas figuras religiosas. Os portadores de transtorno devem ter a liberdade de manifestar suas crenças religiosas durante o tratamento, até porque muitas vezes funciona como uma fonte de resiliência. Mas quando se trata dos profissionais que os atendem, estes devem demonstrar imparcialidade diante de tais questões. (BEZERRA, 1992; (TENÓRIO, 2002; TOFOLI, 2007)

Portando, é notável que o despreparo teórico destes profissionais é refletido em seu discurso técnico, tornando difícil uma atuação bem-feita que não traga consequências negativas significativas para a vida dos portadores de transtorno, como bem colocam Araújo (2000) e Tofoli (2007). É necessário que haja um processo de autorreflexão e auto avaliação do grupo interdisciplinar acerca do trabalho que estes veem desempenhando no CAPS. De acordo com Bezerra (2007, p. 1):

“O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante. Isto implica não apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, como também a possibilidade de auto-reflexão, de reavaliação constante do impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade – única forma de combater os insidiosos ‘manicômios mentais’, muito mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, e sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas.”

Os profissionais da área de saúde mental exercem papel fundamental no cuidado ao sofrimento psíquico. É um desafio diário que depende não só do preparo teórico e prático dos profissionais como também de seu preparo emocional. Portanto, para que possam dar conta deste desafio, é necessário proporcionar algo a mais do que uma formação técnica, conceitos e práticas básicas em saúde mental. É necessário que despertem um olhar mais humano e mais amplo sobre o ser humano, reconhecendo a existência das dimensões sociais, culturais, econômicas, individuais, subjetivas, biológicas e espiritual do ser humano, enxergando-o de forma holística para que assim se possa perceber as multidimensões do arcabouço humano. (DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2002; NUNES, 2007)

“É preciso oferecer-lhes a possibilidade de uma formação continuada, que envolva não apenas o ensino formal, mas também a análise dos casos e situações atendidas que possibilite uma discussão sobre como sua própria subjetividade intervém e é afetada em sua prática cotidiana, situando o centro de sua atuação no espaço relacional, na trama interpessoal e na rede de lugares que compartilham com a população atendida.” (BEZERRA, 2007, pag. 1).

Encontrando assim, formas de estimar subjetivamente e não apenas mensurar de forma objetiva, resultados das estratégias terapêuticas. Transformando, assim, a lógica biomédica que enxerga o ser humano apenas da perspectiva biológica, trazendo à tona todas as dimensões que trazem o indivíduo a estar e sentir como está. (NUNES, 2007)

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, a partir da realização de um levantamento de artigos científicos publicados na íntegra a partir de 2001 em diferentes bases de dados online, acerca do processo da reforma psiquiátrica em saúde. Com o intuito de investigar quais desafios se encontram diante do profissional de saúde que se propõe a trabalhar sob a ótica da reforma psiquiátrica, sejam eles desafios pessoais ou políticos, sociais e econômicos.

CONCLUSÃO

A partir da experiência vivenciada no CAPS Nise da Silveira foi possível perceber que se trata de um campo rico para se desenvolver senso crítico acerca do profissional da área de saúde mental, situando o que é cabível ou não para a atuação deste. Observou-se também como esse modelo de CAPS vem modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental e como a rede CAPS vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar um sistema de assistência ao usuário da saúde mental que contemple os princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade).

Todavia, arraigadas estruturas políticas e socioeconômicas impactam negativamente sobre o sistema de saúde pública impossibilitando que alguns princípios da reforma psiquiátrica se consolidem. O CAPS que deveria ser um espaço

inovador de tratamento ao usuário acaba sendo, um espaço literalmente de transtorno, já que foi observado excesso de pacientes, muito mais do que a capacidade do CAPS pode acolher, sobrecarga dos profissionais, o que acaba por refletir-se no cuidado ao usuário do sistema, e certas intolerâncias por parte dos profissionais, talvez devido a tais sobrecargas.

Ao término de 8 encontros, foi possível vivenciar na prática alguns aspectos da reforma psiquiátrica no município de Olinda, bem como algumas dificuldades pelas quais são enfrentadas diariamente no sistema de saúde mental (tanto pela parte dos profissionais quanto pela parte dos usuários do serviço). O que mostra a necessidade de um olhar político, social, econômico e profissional, e um olhar biopsicossocial sobre o usuário do serviço.

Apesar inovador o modelo da reforma psiquiátrica em andamento no Brasil precisa ser estudado e debatido pelos profissionais do sistema de saúde mental, para evitar armadilhas dos exercícios das profissões. Sugere-se fortemente uma análise comparativa com outros CAPS do município de Olinda, quiçá, da região metropolitana do Recife para um diagnóstico mais preciso da atual situação dos CAPS nesta região.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M., G., G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2000.

ARAÚJO, M.; COSTA, C.; PITANGA, M.; MEIRE, M. **Relatos de experiência. Integração docente assistencial: uma proposta que deu certo**, 2000.

]

BEZARRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**. v. 17, n. 2, p. 243-250. Rio de Janeiro, 2007.

BEZERRA JR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo. In: Bezerra Jr B, Amarante P, organizadores. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1992.

DELGADO, P., G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: **Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva**, ano VI, no 16, pp. 41-3. 1997

DELGADO, P., G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Te-Corá. Rio de Janeiro, 1992.

DELGADO, P., G. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos Ipub**, no 6, pp. 9-19. Rio de Janeiro, 1996.

FREIRE, N.; RAMOS, F.; COSTA, D. **Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental**, 2010

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc.Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009.

NICÁCIO, M., F., S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura** [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, Oct. 2007.

ROTELLI F.; LEONARDIS O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

TEIXEIRA, M., O. L. **O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo 1993 das comunidades terapêuticas**. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ. (mimeo.), 1993.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

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

TÓFOLI, L.; FORTES, S. **Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral**. CE: o relato de uma experiência, 2007.