

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ANA LUIZA BULKOOOL MANTOVANI

**O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E  
REPERCUSSÕES NO ACOLHIMENTO AO PÚBLICO**

BRASÍLIA - DF  
2015

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ANA LUIZA BULKOOOL MANTOVANI

**O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E  
REPERCUSSÕES NO ACOLHIMENTO AO PÚBLICO**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio Costa

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANA LUIZA BULKOOOL MANTOVANI

### O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E REPERCUSSÕES NO ACOLHIMENTO AO PÚBLICO

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

---

Prof.  
Avaliador 1

BRASÍLIA – DF  
2015

## **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha mãe, pelos ouvidos generosos e  
abraço sempre acolhedor.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar sempre meus passos em meio às incertezas e desafios do caminho.

A minha família, pelo amor e suporte incondicional.

A todos os professores, que ao dividirem seus conhecimentos, ampliaram horizontes e promoveram reflexões valiosas para a prática profissional.

Aos colegas de trabalho, por serem fonte de inspiração e apoio cotidiano na construção de sentidos e superação de tantos desafios, visando o alcance de uma atuação genuína no campo da saúde mental.

Aos pacientes e seus familiares, pela confiança e por seguirem adiante frente a tantos obstáculos, sendo a mais rica fonte de aprendizagem.

*"[...] E aqueles que foram vistos dançando  
foram julgados insanos por aqueles  
que não podiam ouvir a música."*

*Friedrich Nietzsche*

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil propõe uma ruptura com os preceitos do modelo hospitalocêntrico, vigente até então, trazendo vários desafios aos profissionais da saúde, em especial da saúde mental. A ampliação das possibilidades terapêuticas e a implantação da rede de serviços territoriais de atenção psicossocial trazem consigo vários questionamentos, que geram dificuldades na implementação desta nova proposta de atenção à saúde. O presente trabalho trata-se de uma Pesquisa Bibliográfica que tem como objetivo propor uma reflexão acerca do impacto deste novo paradigma proposto a partir da Reforma Psiquiátrica nos processos de trabalho em saúde mental, bem como nas formas de entender o acolhimento e possibilidades de cuidado neste campo da saúde.

**Palavras-chave:** saúde mental, Reforma Psiquiátrica, acolhimento



## ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil proposes a break with the precepts of hospital-centered, current model so far, bringing many challenges to health professionals, especially mental health. The expansion of therapeutic possibilities and the deployment of territorial network of psychosocial care services bring with them various questions, which lead to difficulties in implementing this new proposal for health care. This work is a bibliographical research that aims to propose a reflection on the impact of this new paradigm proposed from the Psychiatric Reform in work processes in mental health, as well as the ways to understand the reception and opportunities in this field of health care.

**Keywords:** mental health, Psychiatric Reform, reception

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	18
Figura 2 - Quantidade de CAPS implantados no Brasil entre 2008 e 2013 .....	22
Figura 3 - O ciclo vicioso na estrutura de atendimento em saúde mental.....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA .....	144
<b>2 REVISÃO TEÓRICA.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.6</b>
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	<b>Erro!</b>
<b>Indicador não definido.6</b>	
2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, O POTENCIAL ESTRATÉGICO DO CAPS E A “CAPSização”.....	17
2.3 CONSTRUINDO UMA NOVA FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS.....	22
2.4 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E OS PROCESSOS DE TRABALHO.....	25
<b>3 CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>4 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa a melhor compreensão dos impactos da Reforma Psiquiátrica nos processos de trabalho nos serviços de saúde mental no Brasil, bem como a forma como os profissionais da área têm conseguido lidar com tais mudanças e mesmo implementá-las no acolhimento e nos processos de cuidado para com os pacientes, seus familiares e demais envolvidos no processo de tratamento. Ao mesmo tempo, pretende-se buscar uma melhor compreensão da relação entre os profissionais e os processos de trabalho, visando encontrar alternativas para uma melhor qualidade de vida no trabalho em saúde mental que, por consequência, tende a se refletir na qualidade dos serviços prestados.

Aranha e Silva e Fonseca (2005) tratam da mudança de paradigma desencadeada pela Reforma Psiquiátrica, enfatizando como a implantação gradativa de uma nova rede de cuidados trouxe e vem trazendo uma tarefa desafiadora aos profissionais da saúde mental, uma vez que a ampliação das possibilidades terapêuticas ofertadas exige também uma ampliação do saber adquirido na formação acadêmica, além daquilo a que atribuem ser uma habilidade superior para lidar com os imprevistos e a diversidade. Porém, os autores consideram a existência de uma certa precariedade de propostas voltadas para a formação continuada, que pudessem preencher as lacunas da academia e proporcionar uma prática mais crítica e reflexiva, que considere as especificidades do campo da saúde mental, assim como a vastidão de seus conceitos.

Em práticas de saúde mental é cada vez mais visível a importância de realizar uma prática contextualizada, que considere os diversos fatores envolvidos ativamente tanto no processo de adoecimento, como no processo de tratamento. Para que isso ocorra, é fundamental que se procure entender o real significado do adoecer para o paciente e seus familiares, a partir de uma lógica biopsicossocial, visto que é isto o que permitirá a explicitação de seus sofrimentos, angústias, expectativas, conflitos e outras demandas extremamente relevantes a serem trabalhadas no tratamento que, de outra forma, seriam desconsideradas.

No entendimento de Aranha e Silva e Fonseca (2005), existe um conjunto de determinantes que guiam o processo de trabalho em saúde, de ordem estrutural (com base em leis, princípios, regulamentações, diretrizes e políticas públicas); particular (a função do serviço no seu território, os dispositivos de rede); e singular (a forma de organização do serviço em si, modelo de atenção dentro da instituição e capacidade do serviço produzir saúde).

Alverga e Dimenstein (2006) reforçam que as dificuldades presentes no processo de desinstitucionalização da loucura abrangem não só uma dificuldade voltada para o longo tempo para implementação, mas também para uma necessidade de redirecionamento crítico das propostas necessárias para que essa desinstitucionalização ocorra. Os autores enfatizam que a implementação de ações decorrentes da reforma psiquiátrica, ao promover uma mudança de paradigma em saúde mental, acaba esbarrando em um limite subjetivo, a saber: a dificuldade de compreensão desta nova lógica pelos próprios profissionais responsáveis por implementá-la.

A importância de reflexões acerca deste tema justifica-se pelo fato de que, ao se promover reformulações tão profundas em uma lógica de atenção à saúde já consolidada, faz-se premente buscar compreender como as novas propostas têm sido compreendidas e colocadas em prática pelos profissionais atuantes na rede de saúde mental e demais atores que constituem este processo, sejam eles gestores, pesquisadores, usuários, familiares e outros que, juntos, constituem um coletivo cujas ações e empenho no tratamento que irão definir o sucesso ou o insucesso desta empreitada.

Faz-se importante, ainda, um olhar atento para as vivências que têm caracterizado estas mudanças, de forma a trazer à tona dificuldades e resistências que podem levar à compreensão incompleta e/ou equivocada deste novo paradigma, culminando em práticas que, embora possam até ser embasadas no discurso da Reforma Psiquiátrica, na realidade sejam incoerentes com os seus pressupostos.

Com esse trabalho, objetiva-se promover reflexões e questionamentos referentes à forma como os profissionais têm absorvido e colocado em prática os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, propondo uma análise crítica de tal situação. Para tanto, procura-se compreender a construção histórica deste processo e a ampliação da rede de cuidados em saúde mental. Ao mesmo tempo, busca-se um olhar mais atento para a saúde mental destes mesmos profissionais, tendo em vista a importância do bem-estar do trabalhador para a realização satisfatória do seu trabalho, dada a complexidade das ações intrínsecas ao campo da saúde mental. Busca-se, ainda, refletir acerca de propostas que sejam voltadas para uma relação mais saudável entre os profissionais e o trabalho que desenvolvem, inserindo-os também entre os beneficiados pelas mudanças advindas do processo de reforma que eles próprios protagonizam em sua prática profissional cotidiana.

O presente trabalho aborda, a princípio, um histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, considerando os principais atores dos movimentos que a caracterizaram e eventos que tornaram-se verdadeiros marcos de implementação das mudanças propostas. Dando

continuidade, são explicitados os desafios que a Reforma Psiquiátrica tem instituído nas práticas em saúde mental, em especial no cuidado com os pacientes e na postura dos profissionais para com estes. Por fim, é exposto o olhar dos profissionais da saúde mental frente à sua atuação e à forma como vêm sendo organizados os processos de trabalho, com uma atenção especial à sua relação com o trabalho e o sofrimento que possa ser causado pelo mesmo.

## 1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

O presente trabalho se dispõe a refletir sobre o impacto das mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira nos processos de trabalho em saúde mental, bem como na relação direta com os pacientes e demais atores envolvidos no processo de tratamento. Ao mesmo tempo, versa sobre a ampliação das possibilidades terapêuticas, em contraste com limites impostos por condições de trabalho, formação e/ou mesmo por questões pessoais dos profissionais.

Este trabalho classifica-se como pesquisa bibliográfica, caracterizada pela fundamentação teórica acerca do objeto de estudo definido, possibilitando que este seja compreendido sob a luz da teoria e análise crítica dos dados obtidos na pesquisa. (LIMA; MIOTO, 2007). Visa o levantamento de obras já existentes na literatura acerca de um determinado tema, abrangendo sua leitura, análise e interpretação. Tal metodologia permite a identificação de tendências, recorrências e lacunas no campo de conhecimento investigado e permite que sejam vislumbradas soluções para o problema em questão, visando uma compreensão mais profunda do tema.

Para a realização deste trabalho, foram utilizados como referência artigos e livros, além de periódicos disponíveis em *sites* de busca no campo acadêmico e científico ([www.bireme.br](http://www.bireme.br) e [www.scielo.br](http://www.scielo.br)). A princípio, procurou-se compreender historicamente a mudança de paradigma advinda da Reforma Psiquiátrica e o papel dos novos dispositivos que vieram a compor a atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Procurou-se, então, problematizar a implementação desta nova rede de atenção, buscando compreender o impacto disto nos cuidados que têm sido oferecidos na área de saúde mental, considerando as limitações individuais dos serviços e profissionais e resistências ocasionadas pelas novas propostas. A partir daí, buscou-se na literatura existente trabalhos voltados para a compreensão de como os diversos atores implicados nesta mudança – sejam eles pacientes, gestores, familiares, trabalhadores da saúde mental, etc. – têm vivenciado este processo, bem

como uma reflexão sobre a importância de se propor estratégias mais saudáveis para melhorar a relação entre os trabalhadores e os processos de trabalho.

## **2 REVISÃO TEÓRICA**



## 2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica é um movimento político e social complexo, iniciado na década de 70, concomitantemente ao “movimento sanitário”, que veio propor mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, colocando os profissionais e usuários dos serviços de saúde como protagonistas, defendendo a saúde coletiva e a equidade na oferta dos serviços (BRASIL, 2005).

A complexidade do processo em que se deu a Reforma Psiquiátrica no Brasil é explicitada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005 p.06):

“A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.”

O ano de 1978 é tido como marco no início dos movimentos que levaram à Reforma Psiquiátrica brasileira, fortemente influenciada pelos movimentos de origem italiana. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto também por associações e representantes de familiares e pacientes psiquiátricos, passou a lutar pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais e a denunciar as violências e os interesses mercantis que estavam por trás das propostas manicomiais, questionando a supremacia do saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico. (BRASIL, 2005)

Dando continuidade a esta proposta, em 1987 há outros dois marcos históricos: o II Congresso Nacional do MTSM, cujo lema é “Por uma sociedade sem manicômios”; e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano de 1988 é criado o SUS, que tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Descentralização e o Controle Social. Entretanto, é apenas a partir dos anos 1990, depois da assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que começam a vigorar as primeiras normas federais acerca da regulamentação da implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

No ano 2001, um importante marco para respaldar legalmente a Reforma Psiquiátrica veio através da promulgação da Lei 10.216/2001, que trata da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além desta, foram implementadas outras políticas importantes voltadas para o campo da saúde mental, como as Residências Terapêuticas e o Programa de Volta para Casa.

As Residências Terapêuticas, também conhecidas como Serviço Residencial Terapêutico (SRT), apresentam-se como alternativas de moradia para vários pacientes que não podem contar com o apoio necessário de seus familiares e/ou da comunidade e, portanto, estão há muitos anos internados em hospitais psiquiátricos. Além disso, tais residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não tenham suporte adequado de moradia (BRASIL, 2004).

Já o Programa de Volta Para Casa, instituído pelo Ministério da Saúde, de forma complementar, visa a reintegração social de pessoas que sofrem de transtornos mentais, que passaram por longos períodos de internação. O programa inclui o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, com o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, de forma a incentivar a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, que promova o convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular que os pacientes exerçam plenamente seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003).

Percebe-se que tais instrumentos são importantíssimos para o processo de desinstitucionalização, favorecendo a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, entre outros, e buscando de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.

## 2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, O POTENCIAL ESTRATÉGICO DO CAPS E A “CAPSização”

Um outro eixo importante do processo de implantação das ideias decorrentes da Reforma Psiquiátrica seria o do fortalecimento da rede de atenção psicossocial, cuja composição encontra-se na figura a seguir ( Figura 1, pág. 18).

### **Figura 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial**

# Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde,</li> <li>• Núcleo de Apoio à Saúde da Família,</li> <li>• Consultório na Rua,</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192,</li> <li>• Sala de Estabilização,</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li> <li>• Programa de Volta para Casa</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>> Acesso em: 08 Jul. 2014

Segundo o Ministério da Saúde, a configuração da RAPS tem por objetivos:

- I - ampliar o acesso da população em geral;
- II - promover o melhor acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre os eixos estratégicos para implementação da Rede de Atenção Psicossocial, estão a ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; a qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; as ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; e ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2012).

Junqueira (2000) aponta que a ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre os diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais.

Para favorecer a ocorrência das ações intersetoriais, foi proposta a ideia de Matriciamento ou Apoio Matricial como um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, trata-se de um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, ambas contribuindo para isto dentro do seu próprio campo de atuação. Desta forma, as intervenções mais específicas, como processos psicoterapêuticos e/ou intervenções medicamentosas, podem ser de responsabilidade de centros especializados, como os CAPS, mas o apoio à adesão ao tratamento, os cuidados clínicos a esses usuários e a inserção na comunidade devem ser realizados pela equipe da atenção básica de saúde. Para a melhor compreensão desta proposta, foi formulado em 2011 o guia de matriciamento, pelo Ministério da Saúde. (CHIAVERINI, 2011).

Da mesma forma que as novas propostas de atenção em saúde mental propõem a integração de uma rede de apoio – em contraposição à hegemonia do hospital psiquiátrico –, dentro dos serviços de saúde mental, o atendimento individual e prioritariamente médico passa a ser substituído por ações integradas entre uma equipe multidisciplinar. Tal integração é fundamental para que o atendimento cuide de todas as dimensões do ser humano, não mais considerando apenas o corpo físico desvinculado da complexidade do paciente como um todo e procurando tratar o doente ao invés da doença. Tal entendimento nos permite pensar que

saúde não é somente ausência de enfermidades, e assim o atendimento integral e humanizado à saúde é imprescindível.

Na trajetória de transição do paradigma hospitalocêntrico para o modelo atual de atenção psicossocial, percebe-se que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem um papel extremamente importante. Isto porque este dispositivo oferece um modelo de atenção ambulatorial, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Para proporcionar um cuidado que se diferenciava realmente da prática desenvolvida nos hospitais e manicômios, faz-se relevante pensar como os processos de trabalho devem ser estruturados neste serviço, de forma a não compactuarem com o papel hegemônico que o médico exerce dentro das demais instituições existentes até então. Neste ponto, faz-se premente entender a importância da composição psicossocial da equipe técnica, bem como as premissas do trabalho interdisciplinar.

Dentre os profissionais que podem constituir a equipe de um CAPS, estão médicos clínicos, médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos, dentre outros (BRASIL, 2005). Vale ressaltar que, apesar de contar com uma equipe multidisciplinar bem diversa, a proposta de trabalho nos CAPS é calcada na interdisciplinaridade.

Sob o ponto de vista de Vasconcelos (2002), a interdisciplinaridade permite uma prática estrutural com base na reciprocidade e no enriquecimento mútuo e tende a horizontalizar as relações profissionais. Ao mesmo tempo, tal prática exige um esforço para que se possa pensar com o outro, sobre um tema que instigue o fazer institucional e o fazer clínico. Também faz-se premente que seja elaborado todo um corpo de estratégias teóricas, clínicas e políticas sobre as ações e seus efeitos, pois a prática interdisciplinar é um posicionamento ético, e, portanto, contínuo. Marcada assim, por aprendizagens mútuas que visam não a simples complementação do saber, mas uma recombinação totalmente nova de elementos internos, ampliando a dimensão dos profissionais acerca do tema debatido.

As dificuldades de se compreender as vicissitudes do trabalho interdisciplinar e como podem ser superadas, são temas abordados por Cumiotto et al (2013, pág. 05):

“Verifica-se que uma das dificuldades em exercer o trabalho em saúde mental de forma interdisciplinar está justamente em suportar não saber tudo sobre o usuário e ou família em questão, devido ao próprio modelo de formação acadêmica que hegemonicamente é ensinado de forma isolada e reducionista. Mas também, a dificuldade é de ordem subjetiva à medida que se reconhecer faltante no seu saber causa mal estar.

Uma das maneiras de reconhecimento e enfrentamento do mal estar entre os vários saberes está em tomar como ponto de referência o saber do usuário e a partir deste

articular os conhecimentos específicos de cada profissão, em relação à saúde mental, assim como, se deixar afetar pelo saber que cada profissão tece sobre o sujeito e sobre o serviço de saúde mental. Entende-se que esta é a principal diferença entre um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.”

Nota-se aqui que a lógica do trabalho interdisciplinar visa enriquecer o olhar do profissional frente ao paciente, empoderando este como sujeito de saber, além de permitir a apreensão dos conceitos de saúde e doença como um fenômeno sistêmico e multidimensional, ampliando a gama de fatores que interferem em ambos os processos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm um valor extremamente estratégico na Reforma Psiquiátrica. É a partir da implementação destes serviços que a nova proposta passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico no Brasil.

Dentre as funções do CAPS, estão a prestação de atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos; a promoção da inserção social das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais através de ações em rede; a regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental no seu território e o suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Assim sendo, é papel, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

No estudo de Mielke et. al. (2009), acerca do trabalho em Saúde Mental, os autores concentram-se em questões específicas dos Centros de Atenção Psicossocial. Enfatizam que a forma como se dá o processo de cuidado em Saúde Mental deve conseguir desencadear ações abrangentes, incluindo a família e a sociedade nesse trabalho. Os autores também discutem a maneira como o princípio da integralidade deve ser contemplado no tratamento para que o cuidado aos usuários seja humanizado e abarque as esferas biopsicossocial e espiritual dos seres humanos.

Neste sentido, Alverga e Dimenstein (2006) ressaltam a importância de se realizar um trabalho voltado para que os indivíduos possam alcançar uma emancipação política, pessoal, social e cultural, possibilitando que sejam vistos pela sociedade com um olhar menos generalizante e mais compreensivo para com as diferenças.

Porém, ao tentar fortalecer a atenção à saúde mental, percebe-se ações mais voltadas para o aumento no número de CAPS que à sensibilização e preparo dos gestores e profissionais que atuam nos demais dispositivos. Vale ressaltar que o aumento no número de CAPS (a perspectiva do investimento na implementação de novos CAPS é vista na Figura 2,

pág 19) é algo bastante importante para permitir o acesso da população a um dispositivo que tem papel estratégico na RAPS. Porém, sem o devido investimento nos demais eixos, o que se tem é uma responsabilização demasiadamente indevida dos CAPS, a que Dimenstein (2009) se refere como “CAPSização” do cuidado em saúde mental.

**Figura 2: Quantidade de CAPS implantados no Brasil entre 2008 e 2013**



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma de indicadores do governo federal. Disponível em: <<http://pgi.gov.br/pgi/paineis/painel?id=ff8080814660b9a1014663436322021a&name=Rede%20de%20Atendimento>> Acesso em: 06 dez. 2014.

Em seu trabalho, Silva (2005) também aponta para a importância de se pensar o trabalho na área de Saúde Mental para além de serviços como os CAPS, avaliando como se processa o que o autor chama de “discurso da responsabilidade”. Discute, ainda, que os diversos atores envolvidos no processo de tratamento, dentre eles o serviço, os profissionais e os usuários, juntamente com a comunidade, devem estabelecer parcerias e uma corresponsabilização que sejam voltadas para práticas de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica.

### 2.3 CONSTRUINDO UMA NOVA FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS

Ao se pensar sobre os desafios impostos a todos aqueles envolvidos nas mudanças que têm permeado a atenção à saúde mental, há que se levar em consideração a perspectiva de diversos atores e pontos de vista: desde a sociedade em que tais acontecimentos e discussões se inserem, até o próprio paciente, perpassando sua família, rede de apoio e profissionais que o atendem.

Alverga e Dimenstein (2006) abordam os desafios da construção de uma rede integrada de atenção em Saúde Mental, voltada para o cuidar em liberdade, para o resgate da cidadania e dos direitos humanos. A princípio, deve-se questionar a legitimidade de uma luta pela reforma psiquiátrica que desconsidere o processo de construção de uma sociedade que prima por excluir o diferente. Problematizar o abismo que pode haver entre a ideologia da desinstitucionalização e a forma como ela é efetivamente colocada em prática nos serviços de saúde mental, ressaltando a importância de que se procure fazer uma desconstrução da lógica institucionalizante, é primordial para a compreensão deste processo de mudança de paradigma.

Seria muito arriscado negligenciar que o modo de pensar decorrente da lógica do capitalismo permeia o pensar, o agir o sentir, dentre tantos outros aspectos que influenciam as relações humanas, mesmo inconscientemente. Ressaltam que a presença de conceitos antagônicos característica do capitalismo, tais como a idéia de “opressores” e “oprimidos”, leva a população a aderir a esta mesma lógica das forças de dominação (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Há que se considerar que houve um processo de transição da sociedade disciplinar, descrita por Foucault (1983) com base em instituições de confinamento, para uma sociedade de controle, em que os muros das instituições dão lugar a uma lógica de controle extra-muros, mais fluida, que abrange todos os espaços, percebendo-se inclusive, a definição de espaços diferenciados para a equipe e para os usuários do CAPS.

Os “desejos de manicômio”, que seria o desejo presente em todos nós de exercer o poder sobre o outro, dominando-o, classificando-o e oprimindo-o, de acordo com uma lógica carcerária, explicativa e despótica. Alertam, ainda, para o fato de que as novas modalidades terapêuticas não trazem, por si só, a superação destes desejos, havendo o risco de que as próprias equipes de saúde possam reproduzir esta lógica manicomial sem darem-se conta disso (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).



Pode-se perceber as dificuldades de se lidar com esta transição na própria relação com as famílias dos pacientes. Nesse sentido, os resultados do trabalho de Cavalheri (2010) alertam para uma carência de informações e apoio dos serviços de saúde mental, além de uma sensação de sobrecarga por parte dos familiares, que passaram a tornar-se protagonistas no processo do tratamento. A autora destaca como foi difícil o início do processo de colocar em prática a nova proposta, enfatizando o desgaste emocional que isto causou aos familiares e abordando a importância do desenvolvimento de estratégias de intervenções familiares que visassem oferecer suporte a estas famílias.

Seria danoso negar que as transformações ocorridas na assistência à saúde mental ocasionaram uma sensação de conflito para os familiares, uma vez que estes percebiam as mudanças como positivas, mas não sentiam-se preparados para desempenhar o novo papel que deles era esperado. Tal fato gerou uma sobrecarga e intensa angústia, que motivou que familiares solicitassem intervenções de profissionais de saúde de forma a ampliar os recursos a serem utilizados com os pacientes. Foram percebidas, ainda, carências no sistema de saúde local, que agravavam esta situação. Como resultado, a autora pontua a importância de se refletir sobre a forma como se deu este processo, sentido pelos familiares, muitas vezes, como simples “devolução” do doente à sua família (CAVALHERI, 2010).

No sentido de tentar oferecer uma melhor compreensão sobre a proposta de atenção aos usuários da saúde mental, tanto para os familiares como para a sociedade em geral, há que se esclarecer as premissas básicas desta nova aposta de tratamento.

Ao abordar a temática da oferta de cuidado ao paciente em saúde mental, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) valoriza o processo do acolhimento, apontando para a importância de se atentar não necessariamente para a correta definição deste termo, mas sim para a noção clara da interpretação do seu significado nas realidades cotidianas de cada serviço. Ao se permitir o acolhimento da demanda espontânea, o usuário do serviço passa a ser protagonista no seu processo de tratamento, a partir do momento em que tem a oportunidade de definir quais são suas prioridades e necessidades de cuidado em saúde. Além disso, esta escuta qualificada, aberta às demandas e à compreensão genuína do sofrimento do sujeito, contribui para a criação e fortalecimento de vínculos entre o usuário e o serviço, fator essencial para o sucesso do tratamento.

Como prática constitutiva das relações de cuidado dos diversos serviços de saúde, o acolhimento acaba assumindo diferentes formas e funções, a depender da forma como é compreendido e realizado pelos profissionais atuantes nos diferentes dispositivos da rede.

Desta forma, faz-se necessário esclarecer o tipo de acolhimento proposto para os dispositivos do campo da saúde mental (BRASIL, 2010).

Parada (2007) enfatiza a necessidade de se reconhecer o acolhimento não como algo estático, com local e momento definidos, mas sim como um processo que deve permear todas as ações realizadas pelos diferentes profissionais da instituição. Amplia, assim, o conceito de acolhimento, definindo-o como uma função institucional, resultante do encontro entre dois sujeitos.

Percebe-se, a partir de como se definem as formas de cuidado com os pacientes, a importância de se cuidar, também, do bem-estar do profissional, de forma que este esteja apto a oferecer uma escuta realmente acolhedora e que esteja engajado na constituição de um projeto terapêutico que atenda às necessidades singulares de cada paciente no seu processo de tratamento.

### 2.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E OS PROCESSOS DE TRABALHO

Chaves *et al* (2014) ressaltam que há muitos estudos acerca dos impactos da Reforma psiquiátrica brasileira no que tange aos pacientes da saúde mental, seus familiares e suas vidas. Entretanto, não se tem observado o mesmo interesse em estudar os reflexos destas mudanças para o trabalhador da saúde mental. Assim sendo, os avanços percebidos têm sido focalizados na prestação de serviços e não tanto em melhorar a qualidade de vida do trabalhador, levando-se em consideração as consequências negativas intrínsecas a esse modo de trabalho na saúde mental.

O trabalho de Lopes (2011) corrobora esta percepção. A autora ressalta que ainda são poucos os estudos que abordem discussões que retratem a experiência dos profissionais de saúde mental. Percebe-se que existe a necessidade de um maior investimento em pesquisas e publicações dentro dessa temática e um maior investimento em programas de cuidado ao cuidador, ampliando a visão que temos acerca do trabalhador em saúde mental.

Faz-se relevante pensar nas possíveis decorrências deste entrave, uma vez que há o risco de que o modelo atenção psicossocial apregoado para os pacientes não se faça valer para os trabalhadores atuantes na própria rede de saúde mental, o que pode levá-los a buscar métodos reducionistas para lidar com suas situações de adoecimento; métodos estes contra os quais discursam e lutam no cotidiano do próprio trabalho.

Em pesquisa realizada por Simões *et al* (2013) cujo objetivo era o de realizar uma análise crítica da literatura científica sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, publicadas entre

os anos de 2003 e 2011, abordando estudos que focalizaram o trabalhador de saúde mental, os autores concluíram:

“(...) avaliando as pesquisas selecionadas, que os profissionais declaram-se, em seus discursos, favoráveis aos tratamentos propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, é possível notar, a partir do que foi dito, que sua prática ainda está impregnada por uma compreensão do processo de adoecimento fortemente calcada nos pressupostos teóricos do saber psiquiátrico tradicional. Consequentemente, a causa da doença é buscada, primária e essencialmente, na dimensão biológica do ser humano, sendo a cura concebida fundamentalmente como resultado de intervenção medicamentosa. A atuação da equipe multiprofissional apenas complementar o ato médico (psiquiátrico) da prescrição farmacológica.” (p.280)

Ao estudar os limites do olhar técnico e do processo diagnóstico, Triana (1999) problematiza esta questão, apontando para a necessidade de se questionar até que ponto as terapias farmacológicas têm sido vistas como parte integrante dentro de um plano maior de transformações na vida do paciente, ou têm apenas camuflado e ocultado temporariamente processos significativos do adoecimento, impedindo a elaboração e compreensão de sintomas que podem voltar a emergir posteriormente, com maior intensidade. A autora ressalta a importância de “(...) entender até que ponto o medicamento é um agente alienador de sujeitos que enxergam as respostas como algo que vem de fora para dentro, sem necessidade de nenhum processo na ordem inversa.” (TRIANA, 1999, p.112)

Dentro desta perspectiva, é interessante considerar, no decorrer da rotina do trabalho, que a medicamentação demasiada – e, por vezes, completamente desnecessária – dos pacientes pode estar suprimindo necessidades advindas de uma sensação de insegurança e mesmo um despreparo do profissional para lidar com possíveis situações adversas que possam ocorrer e que demandariam um esforço maior da equipe para serem solucionadas, caso a administração do medicamento não fosse uma possibilidade. Tais situações, por demandarem uma escuta diferenciada, que possibilite a ampliação das perspectivas terapêuticas vislumbradas para uma situação de crise, são por vezes vistas como indesejáveis e temidas, sendo evitadas às custas de uma estratégia que contradiz os preceitos básicos da Reforma Psiquiátrica.

Vale ressaltar, neste tipo de situações, como as ações dos profissionais acabam se voltando para “soluções” que visam calar os sintomas apresentados pelo sujeito, silenciando demandas essenciais à compreensão da relação deste consigo mesmo, com a doença e com o sofrimento vivenciado. Tal silenciamento impede, por sua vez, que haja uma compreensão mais abrangente acerca do que se passa com o paciente e acaba por dificultar ou mesmo

impedir o desenvolvimento de estratégias que seriam extremamente favoráveis ao processo de tratamento.

Estas percepções acerca da prática profissional são reforçadas por Triana (1999), que faz uma análise crítica acerca da forma como a semiologia tem sido utilizada pelos profissionais da biomedicina, de maneira que se limita ao enquadramento dos sintomas e sinais apresentados pelos sujeitos em um quadro geral de referências nosológicas. Tal prática impede que se desenvolva com o sujeito uma relação que possibilite a compreensão da singularidade do paciente frente o adoecimento, como fica claro no seguinte trecho de Triana (1999, p.114, grifo da autora):

“(...) desvendar os limites dessa semiologia e como, na incapacidade de entender os problemas dos *pacientes*, entender que é necessário aumentar a capacidade diagnóstica através de elementos mais ‘científicos’, que a levam a uma redução puramente orgânica do ser, como se, por uma maior cientificidade e protocolização dos diagnósticos, estivesse se entendendo mais o problema de saúde-doença, os sinais e sintomas dos *pacientes*.”

Percebe-se que a autora alerta para o risco de se ignorar as particularidades do paciente frente aos sinais e sintomas que são por ele apresentados, enfatizando um determinado saber científico sem dar-se conta de sua incompletude. Ainda sobre isto, em outro trabalho, Maluf e Tornquist (2010) ressaltam a transição que tem ocorrido no Brasil de um modelo manicomial e exclusivamente psiquiátrico para um modelo ambulatorial em que outras especialidades do campo da medicina têm se apoderado sobre cuidados que se dizem referentes à área da saúde mental.

Há que se considerar, como ressalta Cheniaux (2007), a possibilidade de que esteja havendo uma desvalorização da semiologia na área médica, em detrimento do mero uso de sistemas classificatórios, com o desenvolvimento incessante de novos critérios diagnósticos e definição de novas patologias nas quais os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes devem ser encaixados, visando a fidedignidade do diagnóstico nosológico. Porém, não se deu, ainda, a devida atenção à necessidade de se universalizar os conceitos. Os diversos sistemas classificatórios ainda diferem muito um do outro, ocorrendo descrições de termos diferentes que definem um mesmo conceito, um mesmo termo significando diferentes conceitos, ou mesmo termos que são admitidos por alguns autores e ignorados por outros, o que impede uma unificação que poderia contribuir para uma melhor sistematização e compreensão de estudos originários de diferentes regiões.

Acredito que na prática em saúde mental, seja importante refletir sobre a real importância do diagnóstico psicopatológico. Tal diagnóstico deve somar-se às demais

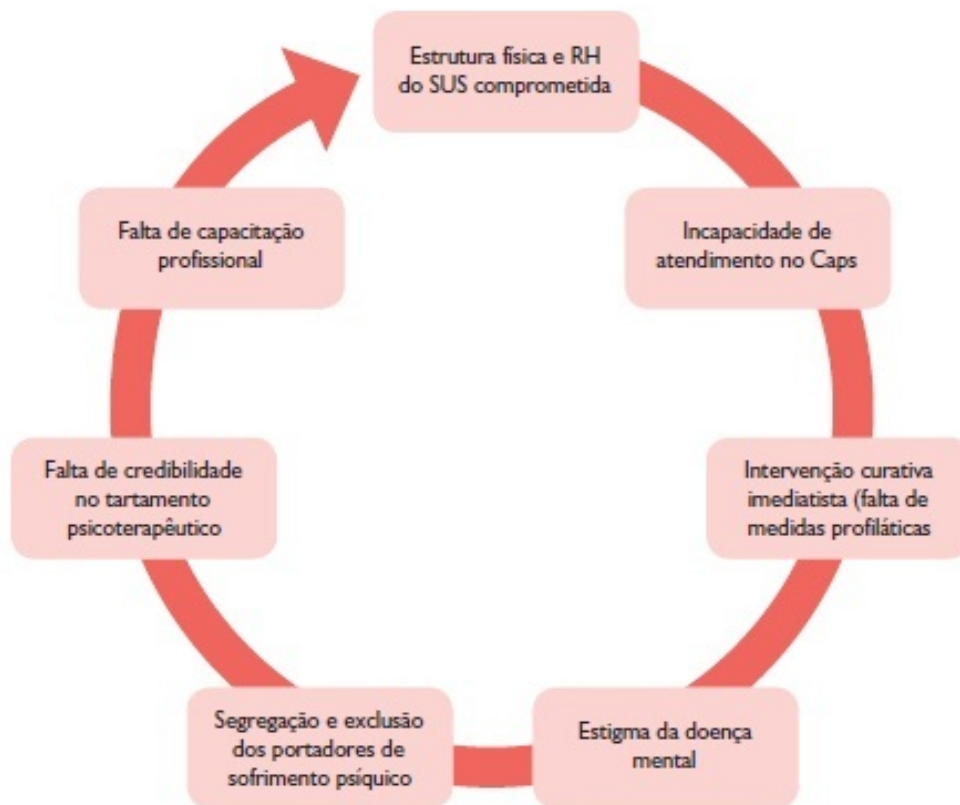
informações colhidas e percepções acerca do paciente – e deste sobre si mesmo – para uma definição mais coerente sobre os caminhos a serem traçados no projeto terapêutico singular do paciente. Assim sendo, não deve ser sobreposto aos demais como um fim que se esgota em si mesmo.

Ao apresentar os resultados de uma pesquisa realizada no primeiro Centro de Atenção Psicossocial instituído na cidade de Manaus/AM e a implantação dos princípios da reforma psiquiátrica na cidade, Corombarolli et al (2010) encontra problemáticas convergentes com o que foi encontrado nos demais trabalhos utilizados nesta pesquisa. Os autores constataram uma falta de estrutura adequada no serviço que, por sua vez, leva a um esforço maior na realização do trabalho de alguns profissionais, numa tentativa de compensação deste problema. Ao mesmo tempo, isto pode ocasionar uma sobrecarga prejudicial à saúde mental do próprio trabalhador. Também é observada a ausência de políticas públicas que integrem os serviços de assistência à saúde do município ao CAPS em questão, como práticas que incentivem o matriciamento, por exemplo. O preconceito ainda presente na sociedade quanto ao doente mental também foi visto como um empecilho. Um esquema ilustrativo dos resultados encontrados no referente trabalho pode ser encontrado na Figura 3 (pág. 29).

Ao pensar uma forma mais acolhedora de lidar com o sofrimento do trabalhador, Chaves *et al* (2014) remetem ao que denominam processos de produção de saúde nos locais de trabalho. Ressaltam a sensação de culpa vivenciada pelos trabalhadores ao serem encaminhados para tratamento em um setor específico, por serem considerados inaptos a desenvolver o seu trabalho. Ao mesmo tempo, ressaltam que tal lógica de encaminhamento reforça a ideia de segregação entre saudáveis e doentes, novamente em contraposição à lógica da reforma, sem considerar devidamente as questões psicossociais envolvidas no processo de adoecimento.

Os autores atentam-se para a importância de que a organização do trabalho se configure de tal forma a permitir que haja possibilidade de que os trabalhadores possam exercer sua cidadania também dentro dos seus locais de trabalho, minimizando a alienação dos mesmos frente tomadas de decisões inerentes aos seus processos de trabalho. Nesta perspectiva, já há um estímulo ao desenvolvimento de estratégias que permitam uma gestão mais democrática, que incentive trocas saudáveis entre a gestão e os servidores, visando também a obtenção de diferentes perspectivas no processo de tomada de decisões. (CHAVES *et al*, 2014)

### **Figura 3: O ciclo vicioso na estrutura de atendimento em saúde mental**



FONTE: Corombarolli et al (2010). Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. In: Psicologia: Teoria e Prática, 2010, 12(3):22-33

A importância de oferecer suporte aos trabalhadores da saúde mental é corroborada pelos resultados de um estudo recente realizado por Ledingham, Skinner e Standen (2015) divulgado pela conferência anual da British Psychological Society Division of Occupational Psychology. Os resultados obtidos apontaram para o fato de que os trabalhadores da saúde mental têm dificuldade em reconhecer em si mesmos os sintomas indicativos de *burnout* e, quando o fazem, tendem a se culpabilizar ou esconder o problema dos colegas de equipe, com receio de serem julgados. De acordo com a pesquisa, os sintomas só eram percebidos como problemáticos quando questões físicas e emocionais chegavam a prejudicar o trabalho realizado. Além de reduzir a capacidade para desenvolver bem o trabalho, o estudo concluiu que o *burnout* reduzia a capacidade dos trabalhadores reconhecerem em si próprios os sintomas característicos de *burnout*. Também foi identificado que, à medida em que o processo se desenvolvia, as pessoas ficavam mais resistentes a buscar ajuda e menos sensíveis à percepção dos sintomas como preocupantes.

## **CONCLUSÃO**

Percebe-se que, a partir da Reforma Psiquiátrica, é proposta uma lógica que confere um novo status social para o doente mental, suprimindo processos voltados para a exclusão social, descentralizando e territorializando tais ações, de forma a criar um lugar de pertença

para o paciente em sofrimento mental dentro da sociedade. Porém, esta mesma sociedade – na qual se inserem familiares de pacientes e os próprios servidores da saúde mental – teve (e ainda tem) dificuldades em encontrar recursos que sustentassem práticas inovadoras consistentes com a nova proposta de cuidado. Evidencia-se, desta forma, o risco de mudar-se o discurso, mas continuar a adotar uma prática que leva implicitamente, ou mesmo de forma explícita, ao modelo manicomial.

Levando-se em consideração que os resquícios do pensamento conservador continuam a assombrar esse campo da saúde mental, é importante ressaltar que faz-se necessário, para quebrar essa barreira e potencializar os serviços de saúde mental, instrumentalizar os profissionais, bem como acessar a sociedade em geral sobre as opções de tratamento oferecidas.

Ao se pensar a complexidade do trabalho em saúde mental, deve-se, ainda, considerar que as deficiências de dispositivos da Atenção Básica no cuidado para com estes pacientes refletem, concomitantemente, em uma maior carga de trabalho para os profissionais atuantes em serviços como os CAPS, comprometendo toda a rede de assistência. Além disso, e é contrária às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) segundo a qual a organização das ações em saúde mental no contexto comunitário é essencial para a formação de uma rede de atenção psicossocial (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Assim sendo, considero de suma importância que haja um investimento na capacitação continuada dos profissionais atuantes na área da saúde mental, e mesmo para aqueles atuantes na rede de atenção básica, de forma a minimizar a ocorrência de encaminhamentos e práticas equivocadas e que são potencialmente danosas para o paciente da saúde mental.

Esta percepção é corroborada pela pesquisa de Silva (2008), cujo resultado aponta, dentre outras coisas, para a necessidade de que haja capacitação e qualificação continuada para os profissionais para atuar no campo da saúde mental, permitindo a eles o melhor acesso à informação, o que reflete maior entrosamento entre equipe e melhor desenvolvimento no trabalho.

Há que se investir, ainda, em supervisões clínico-institucionais. Os momentos de supervisão são tidos como extremamente importantes para uma atuação crítico-reflexiva, uma vez que as equipes profissionais, ao lidar com a complexidade do cotidiano vivenciado no trabalho em saúde mental, tendem a esgotar as possibilidades terapêuticas visualizadas no cuidado com os pacientes, apresentando uma maior dificuldade em lidar com os casos de forma imparcial.



Simões et al. (2013) subdividem as dificuldades apresentadas por trabalhadores no campo da saúde mental em dois grupos, a saber: o despreparo técnico-profissional e o despreparo afetivo-emocional. Os autores concordam que a questão técnica-profissional seria solucionável por meio de cursos de atualização e aperfeiçoamento técnico e clínico. Já o componente afetivo-emocional demandaria medidas envolvendo o cuidado emocional ao trabalhador, não por considerar suas dificuldades do ponto de vista pessoal, mas por admitir que a natureza do trabalho em saúde mental e toda proximidade que tal trabalho promove com o sofrimento humano, por si só, é inerentemente desgastante.

Ao mesmo tempo, pelo fato de intervenções coerentes com a reforma psiquiátrica estarem sendo implementadas através de um processo lento, e até mesmo pela liberdade de se ter uma ampla gama de possibilidades terapêuticas em que se possa investir, torna-se difícil para os profissionais reconhecerem quais propostas estão dentro dos limites de sua atuação profissional e mesmo dentro das possibilidades dos próprios pacientes em um dado momento do tratamento.

Levando isto em consideração, vale ressaltar a colocação de Ledingham, Skinner e Standen (2015), sobre o importante papel das instituições em tentar ajudar membros adoecidos da equipe a reconhecerem os seus sintomas e procurar tratamento. Os autores ressaltam que as instituições têm um dever de cuidado para com os profissionais que são incapazes de perceber a sua própria situação de adoecimento, quer devido a expectativas irrealistas ou de carga de trabalho insalubres ou fatores fora do controle do gerente responsável. Simões et al. (2013) também contribuem para esta discussão, propondo algumas questões:

“(…) as dificuldades emocionais devem ser resolvidas individualmente e de forma isolada por cada profissional, em processos psicoterapêuticos individuais ou na escola da vida? Como o próprio serviço de saúde pode desenvolver maneiras inovadoras para o cuidado de sua equipe, sem que a solução precise ser buscada fora da instituição e vista como uma necessidade não do coletivo, mas de cada sujeito individual?” (p. 281)

De acordo com estudo realizado por Medeiros (2006), estudos epidemiológicos na área de saúde mental também são ainda escassos e pouco utilizados no planejamento e na implementação de políticas públicas no Brasil. No referido estudo, foi notada a predominância de pesquisas epidemiológicas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país, evidenciando a carência de dados nas demais regiões. A carência de tais estudos é citada pelos autores como fator dificultador na implementação de serviços na área de saúde mental, que ainda tem pouca visibilidade em âmbito nacional. Além disso, os autores apontam para a

importância de dados epidemiológicos visando uma maior compreensão do processo de adoecimento mental em diferentes contextos, ampliando o conhecimento acerca de fatores de risco para o adoecimento mental e possibilitando um planejamento estratégico de ações preventivas e de promoção da saúde.

Fica expressa aqui a importância de momentos como as Conferências Nacionais de Saúde Mental, em que são repensadas as práticas e discutidas novas propostas para a consolidação do SUS, dentro da lógica instituída pela reforma psiquiátrica. Apesar destas questões virem sendo discutidas há décadas, seria ingênuo, e mesmo danoso, acreditar que as políticas públicas em saúde mental já alcançaram seus objetivos.

Desta forma, compreende-se que há que se analisar as deficiências de um determinado serviço para além das possibilidades de atuação deste, considerando também um possível comprometimento percebido desde instâncias básicas de atenção, que tendem a prejudicar a RAPS como um todo (COLOMBAROLLI et al, 2010). Torna-se, assim, evidente a importância de fortalecer toda a rede de atenção, bem como fazer melhor uso de instrumentos como o matriciamento, reforçando a importância da comunicação e realização de um trabalho conjunto para que se consiga melhores resultados no acolhimento ao público.

## **REFERÊNCIAS**

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

ARANHA E SILVA, Ana Luisa; FONSECA Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v.13, n.3: p. 441-449, mai/jun 2005.

BRASIL, **Lei nº10.216, de 6 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 22 dez 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_psicossocial](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial)> Acesso em: 12 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.251, 30 dez. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta Para Casa**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010, n. 63 jan./fev. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019595009>> Acesso em: 14 set. 2014.

CHAVES, Alice G. C. R. et al. Da loucura de trabalhar com a loucura. In: **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre, 2014. p.189-209. 272p.

CHENIAUX, Elie. Psicopatologia descritiva: Existe uma linguagem comum? **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.27, n.2,p. 157-162, 2005.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva .**Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF, 2011, 236 p.

COLOMBAROLLI, Maíra Stivaleti et al . Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 12, n. 3, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872010000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 01 jan. 2015.

CUMIOTTO, Carla R. et al. Saúde Mental e Interdisciplinaridade. In: **Anais do Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão - Região Sul**. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2013. spe.

FOUCAULT, Michel. Os corpos dóceis. In: \_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 2. ed. Petrópolis: Vozes,1983

JUNQUEIRA L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v. 34, n. 6. p.35-45, Nov./Dez. 2000.

LEDINGHAM, Marieke; SKINNER, Chris; STANDEN, Peter. Mental Health Workers don't Recognise Their Own Bournout. **British Psychological Society Division of Occupational Psychology annual conference**. Glasgow, 2015. Disponível em: <<http://www.bps.org.uk/news/mental-health-workers-dont-recognise-their-own-burnout>> Acesso em: 09 Jan. 2015.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálysis**, Florianópolis , v. 10, n. spe, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Jul. 2014.

LOPES, Daniele Barros. **Risco de Adoecimento no Trabalho de Servidores de Saúde Mental: A prática em Hospital – Dia**. 2011. 42 p. Trabalho de conclusão de curso (Título de Psicólogo). Curso de Psicologia, Universidade Católica de Brasília, 2011.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jan. 2015.

MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen (orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. 468 p.

MEDEIROS, Emilene Nóbrega; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. Estudos Epidemiológicos na Área de Saúde Mental Realizados no Brasil. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1, 2006, spe.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n. 1, 2009, p. 159-164.

PARADA, Carlos. O acolhimento, revisitado. In: Bedoian, Graziela; Lescher, Auro Danny. (Orgs.) **Setor Ensino Projeto Quixote – Textos de apoio**, 2007, p. 37-52.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n.3, Jun 2005, p.441- 449.

SILVA E. A., COSTA II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicol. Ver.** Belo Horizonte, v. 14 n. 1, 2008, p. 83-106.

SILVEIRA D. P.; VIEIRA A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009, p. 139-148.

SIMÕES C.H.D.; FERNANDES R. A.; AIELLO-VAISBERG T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia Campinas**, v. 30, n. 2, Abril-Junho 2013, p. 275-282.

TRIANA, A. **A semiologia biomédica e seus limites: desvendando o caminho entre o sutil e o evidente**. UNICAMP. Campinas. 1999. 125p.