

# A Reorientação da Atenção em Saúde Mental:

Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência

The re-orientation of the Mental Health attention: about the quality and the humanization of the assistance

**Resumo:** Objetiva-se, neste trabalho, desenvolver uma reflexão em torno de algumas questões que se configuram como desafios importantes para gestores e profissionais ligados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Diz respeito, também, à discussão sobre a qualidade e humanização das ações de saúde, dentre as quais se inserem aquelas do campo da saúde mental. Ambos os conceitos vêm ocupando um lugar de destaque no processo de reforma da assistência psiquiátrica em curso no Brasil e no discurso dos profissionais do campo, norteados os caminhos por onde deve trilhar a atenção em saúde mental. Trata-se de uma tentativa de abordagem da qualidade e humanização de uma perspectiva diversa daquelas que associam esses conceitos à lucratividade, desospitalização e assistencialismo, de articulá-los ao princípio da desinstitucionalização enquanto negação da lógica manicomial a que subjazem subjetividades e práticas e de instrumentalizá-las enquanto dispositivos éticos comprometidos com a invenção de novos modos de vida.

**Palavras-Chave:** Humanização das práticas de saúde, qualidade da assistência, saúde mental, reforma psiquiátrica.

**Abstract:** The objective of this paper is to reflect upon some issues that constitute challenges to the Unified Health System managers and professionals, the quality and the humanization process in the health actions in mental health. Both concepts hold a prominent place in the psychiatric care reform process currently established in Brazil, as well as in the discourse of the professionals in mental health care. It discusses the quality and the humanization concepts differently from the traditional financial gains, nonhospitalization and assistencialist perspective. Instead they are linked to the principle of noninstitutionalization as a negation of the asylum logic that undermines subjective practices and enforces them as ethical mechanisms in the search for innovative life modes.

**Key Words:** Humanization of health practices, health care quality, mental health, psychiatric reform.

Magda Dimenstein

*Profa. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, Doutora em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Pesquisadora do CNPq.*



Jupiterimagens

A proposta deste trabalho é desenvolver uma breve reflexão em torno de algumas questões que vêm sendo amplamente discutidas no campo da saúde e que se configuram como enormes desafios para gestores e profissionais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Trata-se do debate a respeito da qualidade e humanização das ações de saúde, dentre as quais se inserem aquelas consideradas específicas em saúde mental.

Tal interesse decorre do fato de que ambos os conceitos vêm ocupando um lugar de destaque no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil e no discurso dos profissionais do campo, norteados, assim, os caminhos por onde deve trilhar a atenção em saúde mental. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em dezembro de 2001, teve como eixo central de discussão a seguinte proposta: “*Cuidar sim, excluir não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”.

Cabe apontar que não se trata de um estudo exaustivo sobre tais categorias tão referidas atualmente na área de recursos humanos ou na Psicologia Organizacional e do Trabalho. É, na verdade, uma tentativa de abordar qualidade e humanização de uma perspectiva diversa daquela que associa esses conceitos à lucratividade, desospitalização e assistencialismo.

## O Trabalho de Cuidar em Saúde Mental

Desde o final dos anos 70, o atendimento em saúde mental no Brasil vem passando por transformações importantes, apesar dos retrocessos sofridos ao longo do período em função da política neoliberal do “Estado-mínimo” adotada pelos governos brasileiros até então. Assim, temos conquistado novos espaços em substituição ao aparato manicomial e alicerçado a atenção em práticas que visam não só desmistificar a loucura, resgatando a complexidade do fenômeno, mas também denunciar concepções naturalistas que têm, historicamente, “justificado” o asilamento, a medicalização e a sua patologização.

Hoje, apesar desses avanços, novos desafios estão colocados aos profissionais da saúde mental, em especial, o de pensar as contradições presentes nas práticas, revelando, segundo Daúd Jr (2000), “*o ardil da ordem que nos impõe o papel de reprodutores de relações sociais e institucionais que, ironicamente, queremos transformar*” (p.32). Em outras palavras, nosso desafio é desvelar as armadilhas presentes no cotidiano que distanciam o trabalhador, inserido nesse campo, de uma

verdadeira práxis transformadora, pois, freqüentemente, encontra-se capturado pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecânico e burocratizado (Campos, 1994).

É preciso estarmos atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou pseudodesinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, compondo uma subjetividade manicomial. É nesse sentido que gostaria de conduzir a discussão sobre a reorientação da atenção em saúde mental ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência.

Em primeiro lugar, é importante esclarecer que concepção de humanismo está sendo tomada como referência neste trabalho. Trata-se daquela elaborada por Paulo Freire (1998), que diz o seguinte: “*o humanismo é um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais*” (p.22). Essa concepção afasta-se radicalmente de qualquer perspectiva assistencialista ou de cunho religioso, tal como é comumente pensada a questão da humanização no contexto da saúde. Segundo Valentini Jr. e Vicente, a caridade contém um desejo de assistir, mas convive, muitas vezes, pacificamente, com a negação de direitos. “*A caridade pressupõe uma relação entre desiguais: doadores e destinatários*” (1996, p.49). Trata-se, então, de passar da caridade (negação de direitos) para a solidariedade (o louco enquanto sujeito de direitos: ficam abolidos o estatuto de periculosidade social, a tutela jurídica, a internação e o tratamento compulsórios) e para a emancipação (deixa-se a tutela para desenvolver projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos com a consciência política de cada ação técnica desenvolvida).

Humanizar, portanto, implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação.

Nesse sentido, a idéia de humanização está relacionada diretamente com a de desinstitucionalização na medida em que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo

*“o humanismo é um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais”*

Paulo Freire

*“a subtração do saber cosmológico e trágico (compreendido, outrora, na loucura enquanto experiência) aos campos da visibilidade social e da legitimidade discursiva (p.278)...e resgatar o valor da desrazão como elemento vivificador e subversivo da cultura (p.273)”.ento do aspecto externo aparente da realidade dada imediatamente na percepção primária, a possibilidade de processos cada vez mais complexos, com a ajuda dos quais a cognição da realidade se complica e se enriquece.*

M. Foucault

psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares. Dessa forma, humanizar não se restringe somente ao aumento de unidades prestadoras de serviço nem à melhoria das condições dos locais onde os usuários são atendidos, seja ambulatório, hospital-dia sejam os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Aliás, Amarante (2003) alerta para alguns problemas presentes na atual política nacional de saúde mental, em particular, para a “*capsização do modelo assistencial*” (p.62), na medida em que a reforma psiquiátrica, enquanto processo social complexo, vem sendo reduzida à implantação desse tipo de serviço. Limitar-se a isso equivale a contar com mera desospitalização, aspecto importante, mas não suficiente para a superação do paradigma psiquiátrico. É o “ardil da ordem”, já referido anteriormente. Tampouco significa nortear a atenção com base em modelos “espaçocêntricos”, perspectiva em que a qualidade da atenção é determinada exclusivamente pela mudança dos espaços físicos, sem considerar que, em tais locais, pode dar-se a reprodução de práticas cronificadoras e segregadoras, tal como no modelo tradicional asilar. Dessa forma, a preocupação com a questão do espaço deve ser muito menos em termos de áreas geográficas delimitadas e mais com o que se identifica enquanto “lugar praticado” (Leibing e Groisman, 2001, p.262), ou seja, lugares acolhedores, lugares subjetivantes, onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário, lugar do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida, enfim, de sujeitos sociais singulares.

Para isso, é preciso, certamente, uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde bem como uma alteração da cultura organizacional hegemônica, sendo esse, então, o grande desafio para o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no País. Há necessidade de trabalhadores que sejam sujeitos “dinamizadores”, segundo a perspectiva de Paim e Almeida Filho (2000), capazes de revolucionar o cotidiano (seu e dos outros) na medida em que acreditam na possibilidade do novo surgir, na surpresa; em outras palavras, sujeitos que recusam o determinismo absoluto que aniquila os possíveis espaços de liberdade, de criação, de diversidade, de um lugar para a subjetividade louca, inspirando-se na “História da Loucura” de M. Foucault, que, segundo Noronha (2002), tem por intuito mostrar “*a subtração do saber cosmológico e trágico (compreendido, outrora, na loucura enquanto experiência) aos campos da visibilidade social e da*

*legitimidade discursiva (p.278)...e resgatar o valor da desrazão como elemento vivificador e subversivo da cultura (p.273)”.*

Tal concepção de trabalhador aproxima-se da noção de “operador” trazida por Rotelli (1990), ou seja, pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de re-elaboração do sofrimento e reinvenção da vida. O operador, nessa perspectiva, volta-se para a qualidade do cuidado, que pressupõe acolhida e responsabilidade pela atenção integral da saúde e para a criação de estratégias de modificação da realidade dos usuários. Esses sujeitos são capazes de investir na produção de modos heterogêneos de cuidado, bem como na singularização da atenção, respeitando a diversidade cultural e subjetiva dos usuários, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde do público.

A isso se chama equidade, um dos princípios mais importantes que norteiam o sistema de saúde brasileiro relacionado à qualidade da assistência. Significa que a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes entre as pessoas com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades específicas de cada parcela da população. Equidade, portanto, diferencia-se de igualdade. Todos têm o direito de serem bem atendidos, mas não podem receber o mesmo atendimento, pois são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas.

Nesse sentido, o princípio da equidade aproxima-se do que foi apontado em termos da humanização das práticas e serviços de saúde ou daquilo que é conhecido por “cuidados culturais”. Cuidados culturais é um conceito que descreve o tipo de cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver no sentido de serem culturalmente sensíveis, congruentes e competentes.

“Culturalmente sensible implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia las tradiciones de salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en que se está trabajando. Culturalmente congruente implica que se aplican los conocimientos anteriores subyacentes que se deben poseer para proporcionar a un paciente dado los mejores cuidados de salud posibles. Culturalmente competentes implica que dentro de los cuidados prestados se comprende y se presta atención a la totalidad del contexto de la situación del paciente. Es una compleja combinación de conocimientos, actitudes y habilidades” (Spector, 1999, p.67).

Para a construção de novos sujeitos e práticas em saúde, o cuidado é imprescindível, pois revela a

mudança de concepção no que se refere ao campo do cuidar. Nosso eixo de sustentação é pensar o cuidado como “*techné*” (arte, para os gregos), ou seja, tomar o cuidado como técnica de vida. Tal perspectiva tem implicações importantes, pois trata-se de um processo de produção de novas subjetividades entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, subjetividade entendida como a maneira particular de cada um de sentir, ver e estar no mundo. Esses atores devem ser reconhecidos como cartógrafos, segundo Guattari e Rolnik (1986), personagens que incitam a criação de modos singulares de existência, de enlace social, de produção de desejo e a ruptura (desterritorialização) com as formas de subjetividades dominantes que reproduzem as relações sociais e o *status quo* (as fábricas de subjetividades serializadas).

Muda também a lógica assistencial e a concepção de humanismo que sustenta a atenção à saúde tal como foi referido anteriormente. Humanismo passa a ser compreendido como comprometimento-implicação. Comprometer-se significa ser alguém capaz de aprender a ler a realidade circundante e escrever sua própria história (refletir-agir). O compromisso requer um sujeito capaz de construir um saber crítico sobre si mesmo, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo, ou seja, decodificando o mundo, o sujeito torna-se capaz de captar os mecanismos que o oprimem e desumanizam e, assim, construir um saber transformador de si mesmo e da sua realidade (Baró, 1997). Comprometer-se é, em outras palavras, cartografar, é estabelecer conexões entre as máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira como os sujeitos percebem o mundo, os modos como trabalham, falam, pensam e sentem.

*Podemos dizer também que, na relação cuidado como techné, o cuidador não está escravizado pela técnica, pelo saber totalizante dos experts, por rituais profissionais; ao contrário, está norteadado por formas de intervenção flexíveis, atentas às necessidades de saúde dos usuários. Tem capacidade para trabalhar com uma realidade desafiadora e complexa que não está enclausurada nos modelos teóricos aprendidos na academia. O cuidador busca envolvimento, estar mesclado com os acontecimentos, busca desmanchar espaços de verdades fixadas (diferente da concepção rígida e objetiva de ciência). A prática do cuidar requer, pois, uma “ciência do sensível”, onde se pesquisa com todo o corpo (razão, emoção, intuição, sensação), onde pesquisar é criar “devires”, é gerar saberes inesperados, configurando o que foi chamado por Gauthier (1999) de uma “teoria da alteração do pesquisador”, na qual o pesquisador precisa transformar-se poeticamente para conhecer.*

Nesse sentido, podemos considerar que o modelo psiquiátrico não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, que funcionam como dispositivos de normatização social, de disciplinamento das atitudes e docilização das forças de ruptura (Melman, 2001). Trata-se do “esvaziamento do corpo”, da “paralisação das máquinas desejanças” relatados por Paiva (2000), que cristaliza identidades, adestra corpos e dociliza almas. No contexto da atenção à saúde mental, observamos práticas e saberes que buscam a modelagem, a serialização e homogeneização das subjetividades, isto é, são produzidas ações que se afastam da perspectiva do cuidado.



Em outras palavras, uma prática de saúde humanizada deve tomar em consideração o contexto em que vive o usuário assim como as situações de onde surgem os diversos problemas de saúde de uma comunidade. Estamos diante de uma situação claramente contraditória, na medida em que, no plano ideal, as práticas profissionais seriam norteadas por uma humanização-princípio (ética), e não por uma humanização-maquagem, tal como se dá no cotidiano das unidades de saúde. Segundo Silva e Menezes (2002), essa maquiagem nos remete à superficialidade na circulação dos afetos entre profissionais e usuários, o que dificulta o estabelecimento de um espaço, de fato, de cuidado e acolhimento. Assim, ser um profissional comprometido com seu trabalho significa, principalmente, transcender a idéia da aceitação incondicional do usuário, mas estabelecer atitudes e vínculos solidários, não focados na doença, e, sim, na potência de vida e de transformação de cada um na busca da emancipação.

Estamos nos referindo à idéia de Santos (2000) de que a “*emancipação não é mais do que um conjunto de lutas processuais, sem fim definido*” (p.277). A emancipação, portanto, está voltada para o sentido de uma re-politização da prática social em quatro espaços políticos: espaço da cidadania, espaço doméstico, espaço da produção e espaço mundial.

Em todos esses espaços, existem relações de poder, formas de opressão e dominação que precisam ser desocultadas e transformadas.

Em outras palavras, desejamos um profissional comprometido com a eqüidade, a cidadania e a justiça social, idéia corroborada por Ayres (2001), para quem a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde:

“Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo” (p.71).

Estão aí, apresentados, pois, alguns elementos que podem nortear a discussão sobre a qualidade da atenção em saúde mental. Para considerar uma atenção qualitativamente superior à outra, é imprescindível identificar seus pressupostos (concepção de sujeito, visão de mundo, valores e crenças subjacentes), sua intencionalidade prática e política (produzir cidadania ativa, sociabilidade, tomar a loucura como um modo diferente e não inferior de se relacionar com o mundo) e não somente as tarefas/ações desenvolvidas nos serviços de saúde. É claro que não se pode prescindir das ações, pois a práxis subtende um conhecimento comprometido que não se conquista apenas com reflexões e princípios.

De acordo com Sawaia (1997), pode-se dizer que “a avaliação da prática não se restringe à eficácia da

ação, mas à virtude da prática” (p.80), e o que qualifica a competência/qualidade de uma ação é a sua capacidade de diálogo, de produção de novas subjetividades, que fogem da racionalidade hegemônica, de transformação dos modos de ver, sentir, pensar e viver estabelecidos e naturalizados. Qualidade e humanização, dessa maneira, encontram-se, principalmente, na esfera da ética, e de modo algum restringem-se às individualidades. Implicam um projeto político que envolve todos os trabalhadores da saúde na busca de uma integração dos serviços de saúde mental à rede de atenção integral do SUS e ao ideário da produção social da saúde. Tal postura técnico-política se expressa tanto no uso de recursos técnicos e teóricos contextualizados, de acordo com as características e necessidades da clientela, quanto nos modos de relacionar-se com a equipe de saúde e usuários, de forma democrática, não hierarquizada e verticalizada e implica uma responsabilização e mobilização dos diversos espaços coletivos pela melhoria da qualidade de vida da população, materializando aquilo que Rotelli (1992) chamou de “projeto de justiça humana”.

“Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossamos dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos.(...) É em nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se, ao mesmo tempo, de criação e povo” (Deleuze,1992,p.218).



**Magda Dimenstein**  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte – UFRN  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Departamento de Psicologia Sala 610 -  
Campus Universitário  
Cep.:59078-970 Natal / RN  
E-mail:magdad@uol.com.br

Recebido 08/05/03 Aprovado 28/11/04

---

AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In Amarante, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, pp.45-66.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, 2001, pp.63-72.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O Caso da Saúde. In Cecílio, L. C. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, pp.29-88.

DAÚD JÚNIOR, N. Considerações Histórico-conceituais Sobre a Instituição Psiquiátrica no Brasil e a Desinstitucionalização do “Doente Mental”. In Boarini, M. L. (org.). **Desafios na Atenção à Saúde Mental**. Maringá: Eduem, 2000, pp.31-64.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GAUTHIER J. **O que É Pesquisar – Entre Deleuze-Guattari e o Candomblé, Pensando Mito, Ciência, Arte e Culturas de Resistência**. Educ.Soc. Campinas, v.20, n. 69, 1999.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

LEIBING, A e GROISMAN, D. Tão Alto Quanto o Morro – Identidades Localizadas de Mulheres Hipertensas na Favela da Mangueira. In Ribeiro, B.T. et al (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001, pp. 258-276.

BARÓ, I. M. O Papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal: UFRN, v.2, n.1,1997, pp. 7-27.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental: Repensando a Relação Entre Profissionais de Saúde e Familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

NORONHA, N. M. A Antropologia Moderna e a Objetivação da Liberdade. In Rago, M., Orlandi, L. B. L., Veiga-Neto, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: Ressonâncias Nietzscheanas**. Rio de Janeiro: DP e A, 2002, pp. 273-286.

PAIM, J. S e FILHO, N. A. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, A. C. S. **Sujeito e Laço Social: a Produção de Subjetividade na Arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. O Trabalho de Saúde Mental no Território. In Kalil, E. (org.). **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador, 1992, pp.75-80.

SAWAIA, B. B. O Ofício da Psicologia Social à Luz da Ideia Reguladora de Sujeito: da Eficácia da Ação à Estética da Existência. In Zanella, A. et al (orgs.). **Psicologia e Práticas Sociais**. Porto Alegre: ABRAPSOUL, 1997, pp.78-91.

SANTOS, B. S. **Pela Mão de Alice: o Social e o Político na Pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, M. V e MENEZES, M. D. A. S. Formação Profissional e Humanização dos Serviços de Saúde. In **Formação Técnica em Saúde no Contexto do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, 2002, v.2, n.5, pp.59-74.

SPECTOR, R. Cultura, Cuidados de Salud y Enfermería. **Cultura de los Cuidados**. Universidad de Alicante - Espanha, ano III, n.6, 1999, pp.66-72.

VALENTINI JR, W. A. H. e VICENTE, C. M. A Reabilitação Psicossocial em Campinas. In Pitta, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, pp. 48-54.

## Referências

2 Título traduzido do russo por Paulo Bezerra (in Vigotski, 2001).