

Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários

The epistemic dimensions of the Brazilian Mental Health Reform: meanings assigned by mental health service managers, workers and users (abstract: p. 19)

Dimensión epistémica de la Reforma Psiquiátrica Brasileña: significados de gestores, profesionales y usuarios (resumen: p. 19)

Mariá Lanzotti Sampaio^(a)

<mariah_lanzotti@hotmail.com> 

José Patrício Bispo Júnior^(b)

<jpatricio@ufba.br> 

^(a, b) Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Rua Hormindo Barros, 58, bairro Candeias. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 45029-094.

O estudo objetivou analisar a dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) sob a ótica de gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde mental. Consiste em pesquisa qualitativa conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas com 33 participantes e observação de campo na rede de atenção psicossocial de Vitória da Conquista, Bahia. O referencial teórico-metodológico fundamentou-se no campo epistêmico da RPB, com utilização de uma matriz analítica com três dimensões: concepção de saúde/sofrimento mental; propósito do cuidado; sentidos da desinstitucionalização. Os resultados apontam para a tautocronia de sentidos pautados nos saberes ampliados e emancipatórios, conforme pressupostos do modelo psicossocial, e em saberes psiquiátricos tradicionais, consoantes com o modelo manicomial. Emergiram múltiplos sentidos de desinstitucionalização. A difícil operacionalização dos ideais da RPB e a persistência de valores manicomial demonstram a necessidade de resgate e fortalecimento do ideário do modelo psicossocial.

Palavras-chave: Saúde mental. Desinstitucionalização. Serviços de saúde mental. Reforma psiquiátrica. Sistema Único de Saúde (SUS).

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) emergiu com propósito de superação do modelo manicomial-asilar no qual as pessoas em sofrimento mental eram concebidas como perigosas¹, desconstituídas de razão e de saber sobre si e estavam submetidas a tratamentos violentos, excludentes e com práticas de disciplinarização de corpos². Ao tomar por referência o paradigma psicossocial, a RPB busca ultrapassar as compreensões restritivas de normal-patológico e construir uma práxis centrada no sujeito inserido em um contexto sociocultural³.

A RPB inspira-se no processo de Reforma Psiquiátrica italiana, que concebe a ideia/conceito de desinstitucionalização com base na perspectiva de desconstrução do modelo manicomial. Os principais objetivos almejados são o dismantelo do hospital psiquiátrico, a estruturação de serviços substitutivos para prestação do cuidado integral em meio aberto e comunitário⁴, a transformação das relações de poder entre sujeitos, instituições e sociedade⁵ e a transposição do lugar do usuário de objeto passivo de intervenção para uma posição ativa de sujeito-político⁶.

Dessa forma, a RPB configura-se como processo amplo e complexo que demanda constantes desconstruções e reconstruções. Amarante⁷ reflete que o movimento da reforma psiquiátrica pressupõe a necessidade de transformações nos campos teórico-epistêmico, técnico-assistencial, jurídico e sociocultural. O campo teórico-epistêmico pressupõe transição paradigmática que possibilite romper epistemologicamente com os constructos positivistas e da psiquiatria tradicional e construir novos paradigmas relacionados à saúde mental. O campo técnico-assistencial se inter-relaciona ao anterior e consiste nos conceitos norteadores da produção de cuidado em saúde mental. O campo jurídico é formado pelo aparato normativo-legal de garantia de direitos e organização das ações e serviços. O campo sociocultural consiste na transformação do lugar social do sofrimento mental por meio de modificações no imaginário social^{7,8}.

Conforme versam Rotelli *et al.*⁵, faz-se necessário que o campo da saúde mental problematize e situe epistemologicamente seus constructos basilares de sofrimento mental, cuidado-cura, desinstitucionalização e propósito do cuidado, com vistas à produção de conhecimentos e novas formas de cuidado orientadas para a garantia de direitos e cidadania. As rupturas com o modelo manicomial permitirão desenvolver novas concepções pautadas por uma ética emancipatória e libertária⁷. Nesse sentido, o modelo psicossocial toma como pressuposto elementar o sujeito em sua singularidade em oposição ao olhar unicamente para a patologia, além de compreender os múltiplos vetores que se inter-relacionam ao processo de saúde/sofrimento mental⁸.

A trajetória da saúde mental no Brasil revela um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental. Mesmo que os progressos verificados no processo de desinstitucionalização sejam substanciais e revelem consistentes transformações nos últimos trinta anos, a política de saúde mental no país está longe de ser considerada plenamente exitosa e se verificam diversas fragilidades na sua implementação⁹. Como agravante, as mudanças na política nacional de saúde mental e na política de drogas desencadeadas a partir de 2016, em especial com a inserção

do hospital psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial, com foco na abstinência, no fortalecimento das comunidades terapêuticas e nas internações psiquiátricas e no incentivo à biologização do cuidado, apontam para movimentos de ressignificação da dimensão epistêmica da RPB.

Ante essa realidade, é no campo epistêmico que esta pesquisa se debruça com o intuito de identificar as bases teórico-conceituais da RPB e refletir sobre elas. Toma-se por referência que a compreensão dos sentidos e significados vigentes produz implicações em termos assistenciais, organizacionais e socioculturais. Assim, o contraponto às estratégias de segregação e docilização dos corpos convoca para o desenvolvimento de novos constructos ético-políticos do fazer em saúde mental².

Diante desse contexto, o estudo objetivou analisar a dimensão epistêmica da RPB sob a ótica de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde mental.

Métodos

Este é um estudo qualitativo voltado para a análise das compreensões e significados de profissionais, gestores e usuários de serviços de saúde mental sobre as bases conceituais da RPB.

Foi utilizada como referencial teórico-metodológico a dimensão epistêmica da reforma psiquiátrica^{4,5,7,8,10,11}. Seus fundamentos epistemológicos aludem para o entendimento das bases teóricas do objeto de intervenção e da prática realizada nos serviços de saúde mental¹⁰ e propõem a ruptura com os fundamentos da psiquiatria tradicional⁸. Assim, buscam a transição crítica dos conceitos basilares da psiquiatria tradicional, em especial no que tange a concepções de doença mental, cuidado-cura, desinstitucionalização e do papel terapêutico do hospital psiquiátrico¹⁰. Em seu lugar, indicam a tessitura de um novo paradigma ético-científico, por meio da interseção dos diversos atores e disciplinas, para produção de um novo olhar ao sofrimento mental e ao lugar social destinado aos sujeitos que experienciam essa condição⁸.

Do ponto de vista metodológico, o estudo buscou articular as concepções dos sujeitos sociais diretamente envolvidos na Atenção à Saúde (AS) mental e as experiências vivenciadas nos serviços com os pressupostos teóricos do modelo psicossocial. Assim, a metodologia fundamentou-se no intercruzamento de práticas discursivas e de vivências observadas e analisadas à luz do referencial epistêmico da RPB.

Como instrumento analítico, foi utilizada uma matriz de análise das dimensões teórico-conceituais da RPB, construída previamente pelos autores e refinada após a coleta de dados. A matriz considerou a existência-sofrimento mental do sujeito na sua relação com o tecido social, os cuidados, a emancipação e a autonomia¹² a fim de enfocar como os significados dos conceitos acerca do sujeito em sofrimento mental se relacionam com a prática dos serviços e o fazer dos profissionais. Por meio do aporte teórico utilizado,^{4,5,7,10,11} a matriz foi composta por três dimensões (Quadro 1): concepção de saúde/sofrimento mental; propósito do cuidado em saúde mental; e sentidos da desinstitucionalização.

Quadro 1. Matriz de análise do campo teórico-conceitual da RPB

Dimensão	Descrição	Subdimensão
Concepção de saúde/sofrimento mental	Considera as compreensões do processo saúde/sofrimento mental/cuidado. Busca analisar como o paradigma tradicional da doença mental, no aspecto de condição incapacitante e segregadora, está sendo questionado. Toma por referência a possibilidade existencial para além do adoecimento psiquiátrico. Desse modo, analisa o espaço social atribuído às pessoas em sofrimento mental, considerando sua autonomia e as relações sociais estabelecidas.	Concepção de saúde/sofrimento mental
		Local social do sujeito em sofrimento mental
Propósito do cuidado em saúde mental	A análise parte da premissa de que na atenção psicossocial a supressão dos sintomas não é o objetivo principal do cuidado prestado. Ainda que possa ser almejada, o foco consiste na produção de saúde, potência de vida e participação social. É necessário compreender como a família, os sistemas de saúde e a própria sociedade vêm superando a concepção de tratamento centrado no isolamento do sujeito em instituições asilares. Também considera como vem sendo rompida a ideia de cura sob o aspecto de retorno ao equilíbrio, à normalidade concebida socialmente.	Objetivos do cuidado
		Meios de tratamento
		Efeitos dos cuidados e intervenções
Sentidos da desinstitucionalização	Consiste nos constructos relacionados ao conceito de desinstitucionalização. Toma por referência principal a desinstitucionalização como desconstrução, em que objetiva o rompimento com o saber/fazer da psiquiatria tradicional e da abordagem manicomial e a reorientação do cuidado em meio aberto com a emancipação e a autonomia dos sujeitos. A desospitalização considerou medidas de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a transmutação do cuidado para meio aberto sem questionamentos acerca dos saberes fundantes da psiquiatria tradicional. A desinstitucionalização como desassistência integrou compreensões sobre a insuficiência da assistência gerada pelo fechamento do hospital psiquiátrico. A institucionalização nos serviços substitutivos considerou que as práticas manicomiais podem também se reproduzir no interior dos serviços substitutivos.	Desconstrução
		Desospitalização
		Desassistência
		Institucionalização nos serviços substitutivos

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas reflexões sobre os pressupostos epistemológicos da RPB.^{4,5,7,8,10,11}

A dimensão concepção saúde/sofrimento mental engloba as compreensões a respeito de saúde/doença mental e o lugar designado aos sujeitos em sofrimento mental, com direcionamento para a análise do significado da doença/sofrimento mental e do reconhecimento da existência complexa dos sujeitos no seio comunitário. A dimensão propósito do cuidado abrange os objetivos do cuidado prestado, os meios de intervenção e os efeitos das práticas desenvolvidas, em que se buscou explorar as bases conceituais da produção do cuidado em saúde mental e as finalidades das intervenções desenvolvidas. A dimensão desinstitucionalização teve por interesses os significados dos conceitos de desinstitucionalização, dada sua polissemia e complexidade, considerando quatro principais compreensões: desconstrução, desospitalização, desassistência e institucionalização nos serviços substitutivos.

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, terceira maior cidade do estado da Bahia, com população de 338.885 habitantes¹³. Consiste em importante polo educacional e de referência de saúde do sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais. A rede de atenção psicossocial do município é constituída por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 45 equipes de Saúde da Família (eSF), cinco equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), uma equipe de Consultório na Rua, dois ambulatórios especializados, três Centros de Atenção Psicossocial (Caps), uma Residência Terapêutica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), três portas hospitalares e uma enfermaria especializada em saúde mental em Hospital Geral¹⁴.

As informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada e observação participante, no período de julho a dezembro de 2019.

Conforme apresentado na Tabela 1, o estudo englobou três grupos de participantes, gestores, profissionais e usuários, totalizando 33 entrevistados. A seleção dos participantes foi definida por critério de conveniência, com informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços analisados. Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais se deram em função da posição que os participantes ocupam na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Foram incluídos gestores que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos Caps e hospital. Entre os profissionais, foram incluídos os que prestavam atendimento direto e contínuo aos usuários, buscando-se contemplar as diferentes categorias. Os critérios de exclusão foram menos de seis meses de atuação para profissionais e três meses para gestores.

Para os usuários, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; estar lúcido e orientado no momento da entrevista; e frequentar a instituição há pelo menos três meses. Os critérios de exclusão foram ter parentesco com profissionais ou gestores da instituição. Encontraram-se dificuldades para identificar usuários que atendessem aos critérios de inclusão, o que resultou em menor número de entrevistas desse grupo. Buscou-se contemplar ao menos um usuário adulto de cada Caps, um acompanhado pela eSF e outro do hospitalar geral.

Para cada grupo de participante foi elaborado um roteiro de entrevista pautado nas concepções epistemológicas do sofrimento mental e do sujeito em sofrimento mental, no propósito do cuidado e no constructo de desinstitucionalização.

Tabela 1. Número de participantes entrevistados por tipo de serviço. Vitória da Conquista, 2019.

	Profissionais	Gestores	Usuários
Caps (II, AD e IA)	2 enfermeiros 3 psicólogos 2 assistentes sociais 2 psiquiatras	3	3
Atenção Básica (eSF e Nasf)	3 enfermeiros 3 psicólogos	2	1
Consultório na Rua	1 assistente social 1 psicólogo	–	–
Hospital Geral	1 enfermeiro 1 psicólogo 1 assistente social 1 psiquiatra	2	1
Total	21	7	5

A observação participante teve como propósito identificar a rotina dos serviços e as práticas dos profissionais. Utilizou-se a modalidade “observador como participante”, que consistiu na observação sistemática das situações com poucos momentos de participação nas atividades¹⁵. A seleção das instituições considerou aquelas que realizavam prestação direta de cuidados em saúde mental. Com exceção do Samu, todas as instituições elegíveis foram contatadas e aceitaram participar do estudo. A não inclusão do Samu foi motivada pela inviabilidade operacional de deslocamento junto com o serviço de urgência para o atendimento aos casos de crise. A observação foi realizada nos serviços: Caps II, CAPSia, CAPSadIII, três Nasf-AB instalados na zona urbana, três eSF vinculadas aos respectivos Nasf-AB, Equipe de Consultório na Rua e enfermaria e ambulatório especializados do Hospital Geral. O tempo total de observação foi de 130 horas, guiadas por um roteiro que contemplava aspectos sobre a estrutura física dos serviços, a interação profissional-usuário, as atividades desenvolvidas e as abordagens realizadas.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e transcritas e as observações dos serviços foram registradas em diário de campo. O material obtido nas entrevistas e a observação participante foram categorizados e codificados com base nos pressupostos de Strauss e Corbin¹⁶ que, por meio de codificações abertas e axiais, envolveram comparações constantes entre categorias, conceitos e fenômenos e separadas por critérios semânticos de conteúdo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA), parecer n. 3.374.680. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados do estudo estão apresentados de acordo com as três dimensões da matriz de análise.

Concepção de saúde/sofrimento mental

O sofrimento mental foi percebido pelos três grupos entrevistados como fenômeno multicausal e que se relaciona com as diversas dimensões da vida. A compreensão de sofrimento mental grave abrangeu entendimentos sobre como essa condição afeta e é afetada pelos diversos contextos sociais. Foi ressaltada também a necessidade de avaliação criteriosa para a não patologização das experiências de sofrimento inerentes à existência.

A gente vai na verdade na contramão de pensar isso: “Você não é essa doença, você está assim”. [...] Porque se a gente não acreditar nisso, a gente vai engessar a pessoa dentro de um diagnóstico, né? (Entrevista 13 – gestor)

Entretanto, os três segmentos também revelaram situações de desmerecimento do sofrimento mental que aludem à concepção restrita do processo saúde/sofrimento mental. As atribuições sociais relacionadas a essa expressão de sofrimento incluíram adjetivos como: chilikues, frescuras, preguiça e falta de Deus. Essa não validação do sofrimento mental reforçou compreensões estigmatizantes.

Quando cheguei no hospital, o médico me falou sabe o quê? “Ah você não tem nada não, toma um chazinho que você melhora”. (Entrevista 29 – usuário)

Porque muitas vezes é aquele paciente que ele é “pitiático”, é aquele paciente problemático, é aquele paciente que está ali o tempo todo na unidade. (Entrevista 18 – gestor)

Sobre a concepção acerca do sujeito em sofrimento mental, predominou nos três grupos o delineamento conceitual que reconheceu as múltiplas possibilidades de existência para além do adoecimento mental. A compreensão ampliada transcendeu a patologia psiquiátrica e mostrou considerar a existência do ser complexo, com peculiar história de vida e múltiplas dimensões e possibilidades de existência.

Ele é visto como um sujeito. Ele não é visto só no seu transtorno, só o diagnóstico. Então é visto toda a sua questão de família, o contexto que vive, a escola, a sua condição financeira. Enfim, todas as questões ambientais que interferem inclusive nesse comportamento dele, né? (Entrevista 8 – profissional)

Os resultados demonstraram a transposição do lugar de sujeito dotado de não saber e passivo às intervenções realizadas em seu corpo, para uma posição ativa de participação na produção de cuidado e na validação de desejos.

De maneira análoga às concepções de saúde/sofrimento mental, também foram identificados entendimentos restritos às características psiquiátricas das pessoas, que imprimiram caráter de periculosidade, desrazão e marginalização. Os usuários evidenciaram as experiências vivenciadas nas quais o lugar de pessoa em sofrimento mental obstaculiza a participação nos espaços sociais e dificulta as possibilidades de inserção laboral.

Na sociedade é muito difícil lidar com esses problemas. Não sei quantos anos já faz que eu procuro emprego. Nas entrevistas tenho aquele medo de falar “eu sofro com isso” porque eu já sou descartado logo de primeira. (Entrevista 15 – usuário)

Os registros no diário de campo apontaram para relações entre instituição-sujeito na qual os usuários se reconhecem e são reconhecidos unicamente pelo viés da patologia. Profissionais e gestores relacionaram esse processo como uma das formas de se garantir acesso aos serviços de saúde, aos benefícios sociais e a um espaço social, ainda que limitado ao interior dos serviços.

Propósito do cuidado

Os resultados evidenciaram significativa introjeção dos três grupos acerca dos conceitos de cuidado pautados no modelo psicossocial. No discurso dos entrevistados predominaram considerações sobre a importância do fazer para além da busca da cura e do medicamento e que se sustentasse nos preceitos da produção de autonomia e da inserção social das pessoas em sofrimento mental.

Quanto aos objetivos dos cuidados prestados, gestores, profissionais e usuários reconheceram que o cuidado psicossocial deve buscar a superação de práticas medicalizantes voltadas exclusivamente para a remissão de sintomas. Foi destacada a necessidade de práticas de cuidado abrangentes com vistas a propiciar a ressignificação do sofrimento, a valorização da autonomia, da qualidade de vida e da reconstrução da identidade como sujeito social.

É a busca da melhoria dessa qualidade de vida, de um modo amplo. Eu diria é qualidade de saúde, qualidade social, de emoções, de sentimentos, eu acho que é isso. (Entrevista 11 – profissional)

Para esse propósito, mostraram-se insuficientes os fazeres automatizados e médicos centrados. De acordo com os participantes, os meios de tratamento deveriam se alargar e contemplar o vínculo, a empatia e o estabelecimento de relações horizontalizadas. Assim, foi atribuída considerável relevância à utilização de diversas estratégias de cuidado para além da consulta tradicional e do saber especializado. O cuidado ampliado foi manifestado como importante reivindicação dos usuários.

Não é só chegar aqui e dar remédio, fazer o trabalho aqui. Você tá mexendo com saúde, não é indústria, não é algo com vendedor, é a área de saúde. (Entrevista 15 – usuário)

Sobre os efeitos dos cuidados e das intervenções, foi possível identificar limitações nas ações desenvolvidas. Embora tenha sido identificada realização de ações não medicamentosas, a exemplo de grupos terapêuticos, oficinas e atividades culturais, as observações feitas e registradas no diário de campo possibilitaram constatar a insuficiência da atenção psicossocial. Aspectos referentes às deficiências do sistema de saúde, como a frágil formação profissional, precarização dos processos de trabalho, sobrecarga dos serviços e subfinanciamento crônico, foram destacados por profissionais e gestores como limitadores do desenvolvimento do modelo psicossocial. Também a grande vulnerabilidade social dos usuários foi compreendida por profissionais e gestores como um dificultador do cuidado ampliado.

Não adianta ficar só conversando com o usuário, ele precisa de uma casa, ele precisa ter comida. Eu conversei no grupo, mas ele não tem comida, né? (Entrevista 4 – profissional).

As práticas assistenciais voltadas para a remissão sintomatológica mostraram-se pouco articuladas com projetos de vida e inserção territorial. Fortaleceu-se, assim, o papel da internação e do cuidado em ambientes reclusos e especializados. Também foram evidenciadas, por profissionais e gestores, a secundarização dos casos de sofrimento mental e a negligência do cuidado.

Algum atendimento a gente vai ter que menosprezar. Como eu não posso menosprezar o atendimento da gestante ou diabético... aí o que você acaba dando menos atenção é a saúde mental. [...] Chega um paciente de saúde mental e ninguém quer nem começar, né? (Entrevista 30 – profissional)

A impressão que eu tenho é que ele só era tratado com as medicações, os psicotrópicos, tá? Ninguém imaginava que é um paciente que pode ter uma cardiopatia, um diabetes, um câncer. [...] Porque ele tem uma doença psíquica, ele não tem o direito de ter acesso, ele tem que morrer, né? (Entrevista 24 – gestor)

Foram identificadas situações de violência tanto na atenção hospitalar como nos serviços substitutivos. A observação de campo possibilitou identificar situações de cárcere privado e de práticas rotineiras de contenção física em âmbito hospitalar. Nos serviços substitutivos, as entrevistas revelaram a existência de castigos e práticas manicomiais a serem superadas.

Conversões histéricas, era a chamada DNV, distúrbio neurovegetativo. Tinha médico, quando chegava os DNV, eles faziam questão de, entre aspas, torturar. É DNV? Faz as medicações mais dolorosas. (Entrevista 14 – profissional)

Em que pese a importância de os usuários reivindicarem o cuidado ampliado, durante a observação participante foram constatados movimentos dos usuários de excessiva valorização da consulta médica e da terapêutica medicamentosa. Além disso, foi possível observar serviços que, embora substitutivos, se constituíram essencialmente como espaço de prescrição medicamentosa, a exemplo do ambulatório especializado.

Sentidos da desinstitucionalização

Os discursos revelaram a coexistência dos quatro sentidos da desinstitucionalização. Os resultados demonstraram que gestores e profissionais apreenderam o significado abrangente do termo, mas ainda se apropriam das demais perspectivas a depender do contexto e da situação vivenciados. Os usuários demonstraram requerer um modelo de cuidado como desconstrução e fundamentado na autonomia e na inserção social.

A desinstitucionalização como desconstrução se alicerçou na importância do fim dos manicômios e na necessidade de desconstruir modos de pensar, cuidar e se relacionar com os sujeitos em sofrimento mental. Para os três segmentos, é necessário ampliar o olhar sobre os determinantes envolvidos no processo de sofrimento, reconhecer o sujeito além da patologia e promover a autonomia e a inclusão.

Eu acho que desinstitucionalizar esse nosso modo de pensar vai reverter também nesse modo de falar, de fazer, de cuidar, né? E não é só no modelo manicomial, do aprisionamento ali, mas de rever mesmo essas outras visões limitadas que a gente tem. (Entrevista 20 – profissional)

Tem esse estigma que essa linha de cuidado carrega. Quando a gente fala desinstitucionalização a gente tem que lembrar disso e talvez seja a parte mais difícil, a quebra do modelo, a mudança de comportamento. (Entrevista 24 – gestor)

Em que pese a importância de se conhecer e assimilar a proposta da desinstitucionalização consonante com os preceitos da RPB, o significado abrangente, em grande parte, manteve-se restrito à reflexão teórica, com reiteradas afirmações das dificuldades de operacionalização.

O sentido relacionado à desospitalização se pautou na reorganização administrativa do cuidado com transferência do atendimento do hospital psiquiátrico para os serviços em meio aberto. É possível que o fechamento do hospital psiquiátrico do município, dois anos antes da realização da pesquisa, tenha influenciado esse sentido da desinstitucionalização. Embora gestores e profissionais tenham ressaltado a importância da abordagem comunitária, foi entre os usuários que a desospitalização apresentou legitimidade diante das vivências do tratamento manicomial.



É uma prisão. As pessoas vão lá, não tem autonomia, se tiver alguma coisa é logo amarrado. Os profissionais são trabalhados mais pra essa força bruta. No Caps a gente entra para ser tratado, mas as portas continuam abertas pra sair e voltar. Diferente do hospital psiquiátrico que a gente fica preso ali e ao invés de melhorar como no Caps a gente tende a piorar. (Entrevista 15 – usuário)

Conjuntamente com a defesa do fechamento do hospital psiquiátrico, foi ressaltada a necessidade de a Raps ser estruturada para que o processo de desospitalização pudesse efetivar-se de maneira exitosa. Dessa forma, o sentido de desospitalização foi associado à perspectiva da desassistência. Na observação de campo, registraram-se resistências de usuários em migrar do ambulatório de psiquiatria, anexo ao hospital, para o Caps, pois temiam não conseguir internamento nos quadros de crise. Nas entrevistas, surgiram críticas ao fechamento do hospital psiquiátrico do município sem a garantia da devida assistência necessária.

Eu vejo a importância do fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas não concordo com a forma como aconteceu [...]. Deveria acontecer da melhor forma possível, sem deixar familiares e usuários desassistidos, entendeu? (Entrevista 22 – profissional)

Sobre a subdimensão da institucionalização nos serviços substitutivos, os sentidos revelados foram de que as institucionalizações não se restringem ao ambiente dos hospitais psiquiátricos. Gestores, profissionais e usuários revelaram que as relações paternalistas e tutelares, a manutenção do usuário por longos períodos de tempo e as dificuldades de interação com o território favoreceram processos neoinstitucionalizantes.

Os Caps, às vezes, são muito muito manicomial também. [...] A desinstitucionalização só vai funcionar quando a gente começar a trabalhar essa questão da autonomia, porque existe uma rotina muito paternalista ligada, assim, em saúde mental, né? (Entrevista 10 – profissional)

Os entrevistados também ressaltaram que as internações recorrentes e as dificuldades em promover processos de alta se configuraram como novas formas de institucionalização. Esses posicionamentos se alinharam aos apontamentos da observação participante que demonstraram a coexistência de ações de promoção de autonomia e de neoinstitucionalização. Tanto ocorreram situações de usuários recusarem veementemente a condição de alta sob alegação de impossibilidade de se desvincular dos serviços, quanto situações de tutela excessiva dos serviços sob a égide de proteção ao usuário e de incurabilidade dos quadros.



Discussão

O estudo apontou a tautocronia de sentidos pautados nos saberes ampliados e emancipatórios, conforme preceitos do modelo psicossocial, assim como em saberes psiquiátricos tradicionais, consoantes ao modelo manicomial. Essas concepções epistêmicas sustentam diferentes direcionamentos acerca do cuidado em saúde mental e ao local reservado a essas pessoas na sociedade. Foi identificado que os fundamentos teórico-conceituais da RPB foram apreendidos pelos principais grupos implicados com a saúde mental, no entanto as concepções abrangentes foram relativizadas e minimizadas diante do cenário de difícil operacionalização na prática cotidiana dos serviços.

Perspectivas concomitantes sobre o processo saúde/sofrimento mental foram também reveladas em outros cenários. Luzio e L'Abatte¹⁷ constataram duas principais concepções de sofrimento mental em municípios de São Paulo, uma em consonância com o modelo manicomial e outra como fenômeno histórico-social. Pande e Amarante¹⁸ identificaram dubiedade nas perspectivas de profissionais do Caps do Rio de Janeiro: os profissionais ora transmitem a ideia de pessoa em sofrimento mental como alienado e dependente do serviço, ora buscam favorecer a autonomia e a cidadania dos usuários. Desse modo, os resultados da presente investigação coadunam-se com uma realidade, que parece persistir no cenário nacional, de conhecimento dos fundamentos epistemológicos da reforma psiquiátrica e ao mesmo tempo da manutenção de facetas do modelo manicomial.

Mesmo que se tenham evidenciado significativas introjeções acerca da análise ampliada de saúde/sofrimento mental, elas não se mostraram suficientes para produzir mudanças substanciais no lugar social ocupado pelas pessoas nessa condição. Os entendimentos abrangentes dos profissionais e gestores mostraram favorecer o olhar sobre a singularidade do sujeito e a importância do lugar ocupado pelo adoecimento no contexto da vida. No entanto, foi por meio das vivências manifestadas pelos usuários que se evidenciam processos existenciais ainda marcados pela segregação, discriminação e limitações na participação social. Na relação com os serviços da Raps e com outros setores sociais, o lugar ocupado não era de cidadania plena, conforme pressupostos epistêmicos da RPB^{7,8}, e a inserção se dava pela condição patológica e de necessidade de tutela.

O estudo corrobora a persistência de um imaginário rígido e limitado para as pessoas em sofrimento mental e não raro essa condição se converte em única possibilidade de existência e sobrevivência delas. Lima¹¹ destaca a conformação de uma pactuação perversa que, por vezes, envolve instituições, usuários e sociedade. Assim, o diagnóstico de doença mental emerge como única possibilidade de reconhecimento e de acesso à proteção social para assegurar garantia de renda, de direitos e de acesso aos serviços de saúde. A visão desse sujeito, limitada a consumidor dos produtos e serviços de saúde mental, promove uma cidadania frágil, que fomenta a dependência em relação às instituições¹¹. Vigora, assim, o processo de “inclusão perversa”, com base na dialética inclusão-exclusão. Os movimentos inclusivos são realizados por meio do lugar de “pessoa com sofrimento mental” e em decorrência da exclusão realizada pela própria sociedade¹⁹.

No que tange à dimensão propósito do cuidado, a identificação de constructos pautados no modelo psicossocial, consonante com os propósitos da RPB, desvelou avanços na compreensão dos segmentos entrevistados sobre o fazer em saúde mental. Todavia, entrevistas e observações de campo também revelaram a existência do hiato entre a capacidade de compreensão e as dificuldades de operacionalização das práticas emancipatórias no cotidiano dos serviços.

O cuidar em saúde mental implica mobilizações que sobrepujam os limites do setor saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁰, os países devem orientar os sistemas sanitários e de proteção social de modo que aprimorem a qualidade do atendimento às pessoas em sofrimento mental, com enfoque participativo e de garantia dos direitos. No cenário internacional, as abordagens emancipatórias fundamentam-se principalmente no cuidado em saúde mental centrado nas pessoas²¹ e mais recentemente no modelo de recuperação social (Mental Health Recovery)²².

A recuperação social é entendida como a capacidade das pessoas de levar vidas como cidadãos ativos e socialmente integrados, com independência econômica e residencial, enquanto experimentam problemas de saúde mental²³. Diferentemente da recuperação pessoal, mas inter-relacionada a ela, a recuperação social inclui os componentes assistenciais, sociais, econômicos, culturais e comunicacionais. De acordo com a Comissão Global Saúde Mental²⁴, os problemas psicossociais possuem grande capacidade de gerar e ampliar as iniquidades em saúde, cabendo aos governos e à sociedade desenvolver ações baseadas em direitos para proteger o bem-estar dos cidadãos.

Nesse contexto, os sistemas de saúde possuem responsabilidade destacada na prestação de cuidados abrangentes e articulados com setores sociais. Tanto as entrevistas como as observações de campo evidenciaram problemas estruturais e organizacionais da Raps que resultam na limitação da atenção psicossocial. Essa situação se mostra ainda mais preocupante diante do cenário vivenciado no Brasil de desmonte do SUS e de fragilização da Raps, especialmente a partir de 2017. Apesar dos avanços alcançados e da transformação substancial no sistema nacional de saúde mental, as iniciativas contrarreformistas se direcionam às abordagens institucionais e à subalternização sistemática das abordagens integradas de caráter comunitário⁹.

Os achados da pesquisa relacionados à vulnerabilidade social também demonstram a complexidade e os tensionamentos envolvidos no desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde mental. Assim, as ações de cuidado devem se articular às práticas de enfrentamento da miséria, da violência e da vulnerabilidade social²⁵ para ampliar as possibilidades de existência. Para tanto, faz-se necessário o questionamento do caráter estrutural das sociedades capitalistas com suas contradições produtoras de desigualdade social, para que não se naturalize e normatize o intolerável²⁶.

A negligência de cuidados pelos próprios serviços assistenciais reforça o pensamento hegemônico segregacionista. Limitações assistenciais foram motivadas principalmente pela sobrecarga dos serviços, pelos preconceitos dos profissionais de saúde e pela formação inadequada para atuação em saúde mental. Assim como na presente investigação, também Onocko-Campos *et al.*²⁷ identificaram a redução dos usuários à condição de doente mental.

Como agentes executores e de sustentação do modelo de cuidado proposto, os profissionais podem construir novas ou reproduzir antigas práticas²⁸. As sucessivas transformações paradigmáticas e assistenciais pautam necessidades em relação à formação profissional em saúde mental. Assim, além de saber a clínica tradicional²⁹, o trabalhador em saúde mental precisa estar aberto ao desenvolvimento de novas relações e novas formas de cuidar²⁸.

Sobre a dimensão da desinstitucionalização, os sentidos que emergiram no estudo se coadunam com as quatro perspectivas elencadas na matriz de análise e que se fundamentam nos constructos dos principais movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo^{4,10}. Essa multiplicidade de significados denota a polissemia do termo e a diversidade de perspectivas para as novas formas de cuidado. Os vários sentidos de desinstitucionalização se relacionam aos diferentes fundamentos epistêmicos e modelos organizativos da atenção em saúde mental^{10,30}.

Os sentidos de desinstitucionalização como desconstrução ratificam a introjeção dos fundamentos basilares da RPB, que por sua vez guardam proximidade com os fundamentos da psiquiatria democrática italiana. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, chamou a atenção para o modelo asilar e manicomial que produziu milhões de pessoas privadas da própria existência³¹. A psiquiatria democrática objetiva a desconstrução das bases fundantes da cultura manicomial para produzir novas conformações epistêmicas e assistenciais, que ofertem novo lugar social para o sofrimento mental no seio comunitário e novas relações entre sujeito, instituições e sociedade³².

Os participantes expressaram outros sentidos menos abrangentes da desinstitucionalização. A desospitalização do cuidado em saúde mental foi defendida por usuários, profissionais e gestores na direção de arranjo organizacional descentralizado e em meio comunitário. Essa perspectiva se aproxima das correntes francesas e estadunidenses, sustentadas pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária, que operam críticas ao sistema psiquiátrico hospitalocêntrico, entretanto sem questionar os saberes que o autorizam⁴.

A principal preocupação manifestada sobre a desospitalização vivenciada no município foi a desassistência gerada. Foi ressaltado que a Raps existente não é suficiente para o atendimento à demanda. A relação entre desospitalização e desassistência não é uma característica exclusiva dos serviços analisados, e tem sido amplamente debatida na literatura nacional⁹ e na internacional^{21,24}.

Sobre os processos de neoinstitucionalização nos serviços substitutivos, os resultados encontrados apontam a existência do caráter paternalista do cuidado e a dificuldade em manejar casos de alta e de desenvolver ações voltadas para o território. As chances de novas institucionalizações no decorrer de reformas psiquiátricas já haviam sido previstas por Basaglia³¹ e têm sido relatadas em outras localidades do país¹⁸.

Nessa dimensão, destacam-se os paradoxos nas compreensões e práticas da desinstitucionalização. Nos três grupos investigados emergiram concepções abrangentes relacionadas à desconstrução e que se fundamentam nas matrizes epistêmicas da RPB. No entanto, as observações de campo, referendadas pelos

discursos de profissionais e gestores, evidenciam práticas de tutela e processos de institucionalização nos serviços que se propõem desinstitucionalizantes. Também entre os próprios usuários emergiram dificuldades em se desvincular dos serviços.

Nesse sentido, em que pesem os significativos avanços, é sugestivo que esteja em operação na prática cotidiana dos Caps a reprodução de um modelo medicamentoso tutelado em meio comunitário. Assim, os processos de desinstitucionalização precisam ser repensados e reestruturados. As práticas produtoras de autonomia necessitam avançar e ser capazes de romper as amarras da tutela que limitam o desenvolvimento da independência e da corresponsabilização do usuário pela própria saúde.

Assim, chama-se a atenção para a necessidade de vigilância epistêmica do cuidado em saúde mental para que os dispositivos extra-hospitalares não reproduzam a lógica manicomial, com velhas práticas maquiadas como novas^{1,6}.

À guisa de conclusão, ressalta-se que, apesar de significativos avanços na produção de novas concepções epistêmicas acerca dos conceitos de saúde-doença, saúde mental e cuidado-cura, o modelo psiquiátrico tradicional ainda não foi suplantado pelo modelo psicossocial. Da mesma forma, compreensões divergentes acerca do conceito de desinstitucionalização demonstram a coexistência de pressupostos abrangentes e emancipatórios no mesmo tempo em que ainda se mantêm perspectivas reducionistas.

Dessa forma, faz-se necessária a mobilização dos polos de resistência evidenciados, bem como a defesa de uma agenda política que coadune com os pressupostos do SUS e da RPB, para que seja possível produzir novas reflexões no campo teórico-epistemológico a fim de não pactuar com os constructos manicomiais, seja nos dispositivos substitutivos, seja na sociedade.

Contribuições dos autores

Mariá Lanzotti Sampaio contribuiu na concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final. José Patrício Bispo Júnior contribuiu na concepção do estudo, planejamento da coleta de dados, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final.

Financiamento

Esse estudo teve o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) por meio da concessão de bolsa de mestrado a Mariá Lanzotti Sampaio (termo de outorga n. BOL0756/2018), na modalidade Mestrado-Cotas.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

Editor associado

Flavio Adriano Borges

Submetido em

06/05/20.

Aprovado em

20/10/20.

Referências

1. Barbosa VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saude Soc.* 2018; 27(1):175-84.
2. Paulon SM. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):775-86.
3. Oliveira PRS, Tófoli LFF, Lima AF, Castro EMA. O modo Psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: Lima AF, editor. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris; 2018. p. 163-84.
4. Desviat M. A reforma psiquiátrica. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.



5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicacio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-60.
6. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Publica*. 2018; 52(6):1090-107.
7. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
8. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
9. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(11):e00129519.
10. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria. 5a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
11. Lima AF. Metamorfe, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP/EDUC; 2010.
12. Luzio CA. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade e Estados – Vitória da Conquista [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 31 Mar 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>
14. Vitória da Conquista (cidade). Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/saude>
15. Agrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):281-98.
18. Pandé MNR, Amarante P. A nova cronicidade em questão: desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos. In: Lima AF, editor. (Re) pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris; 2018. p. 59-74.
19. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(6):1933-42.
20. Sawaia BB. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 11a ed. Petrópolis: Vozes; 2011. p. 7-13.
21. World Health Organization. Realising recovery and the right to mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: WHO; 2017.
22. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Public Health*. 2018; 15(6):e1279.



23. Hall T, Kakuma R, Palmer L, Martins J, Minas H, Kermode M. Are people-centred mental health services acceptable and feasible in Timor-Leste? A qualitative study. *Health Policy Plan.* 2019; 34 Suppl 2:93-103.
24. Ramon S. The place of social recovery in mental health and related services. *Int J Environ Public Health.* 2018; 15(6):e1052.
25. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018; 392(10157):1553-98.
26. Zissi A, Stalidis G. Social class and mental distress in Greek urban communities during the period of economic recession. *Int J Soc Psychiatry.* 2017; 63(5):459-47.
27. Romagnoli RC, Neves CEAB, Paulon SM. Intercessão entre políticas: psicologia e produção de cuidado nas políticas públicas. *Arq Bras Psicol.* 2018; 70(2):236-50.
28. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saude Debate.* 2014; 38 Spe:252-64.
29. Emerich F, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu).* 2019; 23:e170521.
30. Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu).* 2018; 22 Suppl 2:1729-38.
31. Andrade APM, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(63):811-21.
32. Serapioni M. Franco Basaglia: biography of a revolutionary. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2019; 26(4):1169-87.
33. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018; 27(4):336-45.



This study analyzes the epistemic dimensions of the Brazilian Mental Health Reform through the lens of mental health service managers, workers and users. We conducted a qualitative study with 33 respondents using semi-structured interviews and field observations in psychosocial care services in Vitória da Conquista, Bahia. We used an analytical framework consisting of three core dimensions: the concept of mental health/suffering; the purpose of care; and meanings of deinstitutionalization. The findings reveal a convergence of meanings framed within expanded and emancipatory knowledge, underpinned by the assumptions of the psychosocial model, and traditional psychiatric knowledge, consonant with the asylum model. Multiple meanings of deinstitutionalization emerged. Difficulties in implementing the ideals of the mental health reform and the persistence of asylum values demonstrate the need to reclaim and strengthen the ideology of the psychosocial model.

Keywords: Mental health. Deinstitutionalization. Mental health services. Mental health reform. Brazilian National Health System (SUS).

El objetivo del estudio fue analizar la dimensión epistémica de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) bajo la óptica de gestores, profesionales y usuarios de servicios de salud mental. Consiste en una investigación cualitativa realizada por medio de entrevistas semiestructuradas con 33 participantes y observación de campo en la red de atención psicosocial de Vitória da Conquista, Bahia. El referencial teórico-metodológico se fundamentó en el campo epistémico de la RPB, con utilización de una matriz analítica con tres dimensiones: concepción de salud/sufrimiento mental; propósito del cuidado; sentidos de la desinstitucionalización. Los resultados señalan para la tautocronía de sentidos fundamentados en los saberes ampliados y emancipatorios, conforme presupuestos del modelo psicosocial, y en saberes psiquiátricos tradicionales, consonantes al modelo de manicomio. Surgieron múltiples sentidos de desinstitucionalización. La difícil puesta en operación de los ideales de RPB y la persistencia de valores referentes al manicomio demuestran la necesidad de rescate y fortalecimiento del ideario del modelo psicosocial.

Palabras clave: Salud mental. Desinstitucionalización. Servicios de salud mental. Reforma psiquiátrica. Sistema Único de Salud.