

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL:  
O CASO DE BRÁS PIRES (MG)**

**LETÍCIA RIVELLI DE OLIVEIRA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE/MG**

**2011**

**LETÍCIA RIVELLI DE OLIVEIRA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL:  
O CASO DE BRÁS PIRES (MG)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Mara Vasconcelos

**CONSELHEIRO LAFAIETE/MG**

**2011**

**LETÍCIA RIVELLI DE OLIVEIRA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL:  
O CASO DE BRÁS PIRES (MG)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Mara Vasconcelos

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Mara Vasconcelos (UFMG)

Pref<sup>o</sup>. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Aprovada em Belo Horizonte, 19 de março de 2011

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me ilumina em todos os momentos da minha vida;

À minha filha Sofia que soube compreender e conviver com minha ausência e a minha família que sempre me apoiou.

## RESUMO

O presente estudo buscou realizar uma revisão das leis em saúde mental no Brasil, focando mais nos últimos vinte anos e em paralelo foi realizada uma avaliação do trabalho realizado com os doentes mentais no município de Brás Pires, em Minas Gerais, onde a autora do mesmo desenvolve suas funções como enfermeira de um Programa de Saúde da Família (PSF). O objetivo foi descrever a legislação brasileira em saúde mental no Brasil e em uma unidade de PSF e quais mudanças as mesmas trouxeram para a vida dos doentes mentais. A análise foi realizada a partir da revisão das portarias e leis. Foi possível concluir que, apesar do Brasil ter evoluído muito na legislação em Saúde Mental, na prática ainda tem muito por se fazer.

Palavras-chave: Cuidado. Legislação. Saúde mental.

## **ABSTRACT**

The present study was to review the laws on mental health in Brazil, focusing more in the last twenty years, and in addition was an assessment of the work with the mentally sick in the city of Brás Pires, Minas Gerais, where the author of that carries out its duties as a nurse in the Programa Saúde da Família (PSF). The objective was to better understand the brazilian law on mental health and what changes they brought to the lives of the mentally sick. The analysis was performed from the review of ordinances and laws. It was concluded that, although Brazil has evolved a lot in the mental health legislation, in practice still has much to be done.

Keywords: Mental health. Nursing Care. Legislation.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	8
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	8
3.1 Objetivo Geral .....	8
3.2 Objetivos Específicos .....	8
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	9
4.1. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL NO BRASIL .....	9
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	14
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	14
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	16
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	18

## LISTA DE SIGLAS

**CAPs:** Centros de Atenção Psicossocial

**CERSAMs:** Centros de Referência em Saúde Mental

**CRAS:** Centro de Referência à Assistência Social

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**MTSM:** Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**NAPS:** Núcleos de Atenção Psicossocial

**NASF:** Núcleo de apoio à Saúde da Família

**PSF:** Programa Saúde da família

**SUS:** Sistema Único de Saúde



## 1 INTRODUÇÃO

A partir do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, iniciado na década de 1950 em diversos países, novas formas de tratamento, tais como os atendimentos em serviços comunitários de saúde mental são privilegiados, ficando ao encargo dos familiares a prestação dos cuidados cotidianos necessários aos pacientes (SOLOMON; BECK; GORDON, 1988).

No Brasil, diversas unidades de CAPs (Centros de Atenção Psicossocial) definidos pelo Ministério da Saúde como

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 09).

Os CAPs atendem às pessoas portadoras de necessidades especiais contribuindo para a estabilização de suas condições de saúde e, desse modo, também lhes garantindo um direito reconhecido pela Constituição Federal de 1988, segundo a qual

todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros, e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, liberdade, igualdade, segurança e à propriedade (BRASIL, 2007, p. 211).

Tratando especificamente na Saúde Mental, a Lei Federal nº. 10.216 de 06/04/01 (também conhecida como Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica), garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2007).

Com a efetivação dos CAPs, foram definidas mudanças no processo de tratamento de uma pessoa portadora de transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde, “Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2004, p. 09). Ainda segundo o Ministério, os CAPs objetivam fornecer atendimento à população no que concerne ao tratamento de doenças mentais, realizando acompanhamento clínico e também reinserção social dos

pacientes, de forma a propiciar seu retorno ou acesso ao trabalho, lazer e outros direitos de cidadania. A lista de designações imputadas aos CAPs pelo Governo é extremamente desafiante, pois inclui:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

Todavia, o sistema de saúde brasileiro não foi preparado de forma necessária para realizar essas mudanças. Por conseguinte, não é incomum encontrarmos situações como a que encontrei quando assumi a equipe estratégia de Saúde da Família do município de Brás Pires.

Pacientes doentes mentais se encontram em total abandono, sendo tratados apenas com medicamentos para amenizar o surto, muitos acabam ficando sedados a maior parte do tempo, vivendo totalmente alienados, sem o convívio familiar e nenhuma qualidade de vida, tornando-se, assim, um ônus para família.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Se levarmos em consideração a relevância em termos de bem-estar psicofísico e resgate de cidadania, bem como os investimentos orçamentários envolvidos na criação e manutenção dos CAPS, interessa indagar quais as potencialidades, deficiências e desafios de uma unidade de tratamento que atende a diariamente a centenas de pacientes psiquiátricos.

O funcionamento de uma unidade de tratamento psicossocial como o CAPS envolve grandes dificuldades tanto financeiras quanto em termos de gestão, filosofia de trabalho e manutenção. Mesmo depois de tantas alterações realizadas na legislação brasileira que ampara os portadores de doenças mentais podemos perceber que tais legislações não são colocadas em prática no dia-dia do doente mental e pude confirmar essa realidade cruel após vir trabalhar aqui no município de Brás Pires/MG.

O município de Ubá possui apenas um CAPS para atender a demanda de vinte e oito municípios. Como resultado, nossa demanda não tem atendimento especializado e todo o trabalho das ESF junto do psicólogo fica perdido e o paciente à mercê da sorte.

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo Geral

- Descrever as políticas públicas de saúde mental no Brasil os últimos anos.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Contextualizar o processo de desinstitucionalização do tratamento de doenças mentais no Brasil e a implantação de unidades de tratamento como os CAPs;
- Descrever as leis e portarias atinentes à saúde mental no Brasil, privilegiando as últimas décadas;
- Analisar as dificuldades e problemas encontrados no tratamento dos pacientes com transtornos mentais no município de Brás Pires/MG.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Construção Histórica da Doença Mental no Brasil

Todo modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o aspecto técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses e as necessidades da sociedade, o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos sistemas públicos. Isso implica um processo de contínua criatividade voltado para as necessidades multáveis dos usuários, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços (Pereira e Vianna, 2009).

O Decreto 1.132/1903 trouxe a iniciativa da implantação de uma legislação referente aos doentes mentais no Brasil e partiu do primeiro catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o deputado João Carlos Teixeira Brandão. Este veio a ser o relator do Decreto 1.232 de 1903, promulgado no governo do presidente Rodrigues Alves e responsável por:

Reorganizar a assistência aos alienados". Estava explícita a influência sofrida da lei francesa de 1838 neste decreto, que encerrava, além da intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país, o estímulo à construção de asilos estaduais e a proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais, "alienados" na verdade, em prisões. Além disso, determinava a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época. "A loucura e a doença mental, como em outras partes do mundo ocidental, permaneceram ligadas a três dimensões: médica, jurídica e social. A psiquiatria possui em si estas três dimensões, sendo ao mesmo tempo médica (assistencial) e vinculada ao controle da ordem pública (AMARANTE *et al*, 1998, p.189).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos

direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 6).

A realidade brasileira vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1970, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. Além disso, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial, através da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado. Com isso buscaram-se alternativas de tratamentos que ajudasse o paciente doente mental a desenvolver atividades de acordo com suas limitações (AMARANTE, 1998).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (Brasil, 2005; Hebron, 2008).

É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras.

Segundo documento do Ministério da Saúde, o primeiro CAPS foi implantado no país em março de 1986, na cidade de São Paulo, com o nome “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira” (BRASIL, 2004).

A essa implantação seguiu-se a efetivação de diversas outras unidades, atendendo a um movimento consistente de profissionais da área de saúde mental que reivindicavam melhores condições no tratamento de pacientes psiquiátricos e denunciavam a precariedade das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Dessa forma, diversos municípios passaram gradativamente a serem contemplados com unidades de saúde mental, o que significou uma modificação profunda no sistema de tratamento mental. Isso porque a diminuições de internações em asilos, manicômios e hospitais deslocou a centralidade dessas instituições no tratamento para os CAPs.

A própria natureza do atendimento e tratamento foi crucialmente alterada, pois nos CAPs os pacientes são atendidos não em regime de internação como nos hospitais, pois têm liberdade de locomoção, permanecendo nas unidades de atendimento em períodos mais curtos. Atualmente,

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

No fim dos anos 1980, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, lançando o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e estimulando a produção legislativa de vários estados no sentido de proceder à desinstitucionalização.

Passam a surgir às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro/1987).

Nesse período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.

É essa intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente

substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos.

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível.

Tomando-se por modelo a Lei Basaglia italiana, é promulgada no Brasil, em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, lei Paulo Delgado, a qual "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", catorze anos depois de seu projeto original ter sido proposto pelo deputado Paulo Delgado.

O doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração e o direito a receber informações a respeito de sua doença. O tratamento deveria ser feito, de preferência, em serviços comunitários de saúde mental, nos moldes do hospital-dia, tais como o CAPs (MACEDO, 2006).

Estes são proporcionados pelo setor público, retirando o monopólio que durante quase todo o século XX fora exercido pela iniciativa privada, na forma de hospitais psiquiátricos particulares, os quais, não raro, negligenciavam o tratamento adequado a fim de receber mais recursos vindos do Estado, inclusive na forma de internamentos desnecessários (AMARANTE, 1998).

Mesmo depois de tantos anos que esta lei está em vigor pode-se perceber ainda muitos pacientes doentes mentais sendo tratados de forma inadequada, pois os serviços de saúde especializados para tal estão ficando sobrecarregados com a grande demanda.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos.



Com a Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005, p. 7).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde.

A Lei nº10. 708 de 31/07/03, aprovada em curto prazo pelo Congresso nacional, instituíram o Programa de Volta Para Casa. Essa nova lei possibilita a alta e a reinserção social de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007p.212).

Todas essas legislações são muito recentes tanto os profissionais quanto os familiares e a sociedade não foram preparados para lidarem com toda essa mudança, sem falar na falta de estrutura do setor saúde como um todo.

Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal estadual e municipal).

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

Do ponto de vista dos **objetivos**, trata-se de uma pesquisa descritiva (na medida em que objetiva descrever um fenômeno) e explicativa (uma vez que busca analisar as causas, a natureza e as implicações de tal fenômeno).

Quanto à forma de **abordagem**, a pesquisa se pretende qualitativa, modalidade que se adapta às características da pesquisa em Ciências Humanas. Nessa abordagem, diferentemente da quantitativa – para a qual os dados podem ser mensurados numericamente –, a ênfase não reside na representatividade numérica, mas no aprofundamento da compreensão de um aspecto investigativo. Nessa perspectiva, cumpre ao pesquisador interpretar os dados disponíveis de forma indutiva, o que, evidentemente, rompe com a ilusão positivista de neutralidade científica.

Já do ponto de vista dos **procedimentos técnicos**, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória (estudo de caso). A primeira, pautada no levantamento e exame de trabalhos científicos de referência, visa à aquisição de informações e conceituações atinentes à pesquisa; já a segunda foi pautada em uma investigação sobre as condições de trabalho no setor de Saúde Mental no PSF do município de Brás Pires, Minas Gerais. O estudo de caso foi realizado com base em entrevistas semi-estruturadas, e os funcionários do PSF entrevistados não foram identificados por questões éticas.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Brás Pires, situado em Minas Gerais, possui 4862 habitantes. Devido a esse número, não pode ser contemplado com um Centro de Atenção psicossocial (CAPS) nem um Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) ou qualquer outro núcleo de atenção à saúde mental.

Como alternativa, os pacientes psiquiátricos são atendidos pelas duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que só possuem médico clínico geral e enfermeira como profissionais de nível superior, além de um psicólogo capacitado para atender à área de saúde e educação. Ou seja, o município não possuiu nenhum profissional habilitado para prestar atendimento aos usuários doentes mentais.

O município possui duas equipes de Estratégia Saúde da Família. Ambas são compostas por um médico generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários. Além dessa equipe, o município conta com uma psicóloga que realiza atendimentos individuais e em grupo mental”, por qualquer membro da equipe, é solicitada avaliação da psicóloga e se necessário do médico.

Após avaliação é elaborado um plano de tratamento com a equipe Estratégia Saúde da Família e psicóloga, porém se o caso for especializado tudo se complica porque nossa referência em saúde mental é no município de UBÁ, mas nunca conseguimos ser atendidos, pois o município alega ter umas grandes demandas para atender o que não permite o atendimento dos nossos pacientes que não possuem atendimento especializado o que leva á várias complicações nos tratamentos.

Devido à carência de funcionários, há uma dificuldade em receber pacientes tanto à noite quanto nos fins de semana. Dessa forma, os pacientes psiquiátricos que precisam de atendimento nesses dias têm de recorrer ao hospital de Ubá.

Nesse sentido, uma das implementações mais prementes para o PSF de Brás Pires se capacitar a atender com dignidade sua clientela seria uma equipe de plantão que atuasse à noite e aos finais de semana. Os profissionais que já atuam na unidade de saúde afirmam não ter condições de fazer um trabalho extra-turno devido à carga de trabalho extenuante que possuem. No entanto, como o município é pequeno, alguns são procurados em suas próprias casas em busca de

atendimento emergencial. Esse quadro evidencia que há uma relação assimétrica entre a demanda dos pacientes e o serviço oferecido pelo PSF.

Outro problema destacado é dificuldade de oferecer acompanhamento aos pacientes que requerem cuidados especiais, pois o percentual de usuários por profissional é muito dissonante, o que impossibilita uma dedicação individualizada a cada paciente.

Também foi destacado pelos entrevistados o fato de, muitas vezes, o profissional ter de atuar em alguma atividade intersetorial, exercendo por carência de pessoal uma outra função que não a sua.

O psicólogo que atua no PSF afirma que, na medida do possível, realiza atividades em grupo, bem como dinâmicas e palestras para os pacientes. Como sua formação não inclui especialização em tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais, o funcionário destaca a necessidade de fazer cursos de aperfeiçoamento nessa área.

Talvez uma solução mais prática seria mobilizar esforços no sentido de receberem cursos de aperfeiçoamento no próprio PSF. Para tanto, deveriam contar com respaldo do governo municipal.

A despeito dessas dificuldades, os funcionários do PSF reconhecem que o trabalho é gratificante devido tanto ao reconhecimento que recebem dos pacientes quanto à possibilidade de aprendizado e de trocas que o ambiente de trabalho proporciona.

Há uma carência tanto quantitativa (o número de profissionais atuantes é insuficiente para atender à demanda de pacientes psiquiátricos de Brás Pires e circunvizinhanças) quanto qualitativa (a cidade carece de profissionais formados exatamente na área de Saúde Mental, como psiquiatras, psicopedagogos, psicólogos, dentre outros).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico pautado em uma pesquisa eminentemente bibliográfica permitiu, de certo modo, refletir acerca da nossa formação acadêmica enquanto futuros profissionais da área de Saúde Mental.

Nesse sentido, a feitura da monografia proporciona um momento privilegiado para se pensar a relação entre conhecimento acadêmico e prática profissional. Afinal, fazer a transição da teoria para a prática é necessário para se evitar a frustração de chegar ao mercado de trabalho e não ter domínio metodológico para transportar o conhecimento teórico para a prática.

Conforme a pesquisa demonstrou, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica vem ocorrendo há mais de quatro décadas em diversos países, resultando em um maior envolvimento dos familiares no cuidado com os pacientes. Atualmente, há leis que favorecem que o doente mental seja cuidado em sua própria casa, de modo que os manicômios tendem a ser extintos.

Como podemos perceber, não faltaram esforços e foram criadas várias leis na tentativa de humanizar e melhorar o atendimento na área de saúde mental no Brasil. Todavia, diversos municípios menores, como Brás Pires, não são contemplados com unidades do CAPs, o que gera grandes transtornos para a população que depende de tratamento em saúde mental.

Os prejuízos são imensos tanto para os pacientes do município, que precisam se deslocar para uma cidade de maior porte, como Ubá, quanto para esta cidade que os recebe, já que o contingente de pacientes atendidos se torna cada vez mais saturado.

Ainda assim, constatamos que os profissionais dedicados ao tratamento de transtornos mentais em Brás Pires são empenhados no exercício de sua função, embora careçam de qualificação profissional para atuarem na área e de condições de trabalho suficientes.

Essas modificações no contexto normativo redirecionaram a assistência em saúde mental fazendo valer os direitos das pessoas com transtorno mental. Novas formas de financiamento foram criadas para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e os mecanismos de fiscalização foram melhorados.

Passa-se assim de um modelo de assistência centrada no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária. Como o número de CAPS

(Centro de Atenção Psicossocial), NASF (núcleo de apoio à Saúde da Família), CRAS (Centro de Referência à Assistência Social) e outros centros de apoio ao paciente com transtorno mental.

Porém, o número desses centros ainda é muito limitado, gerando uma demanda reprimida que não consegue atendimento o que acaba piorando o quadro dos doentes mentais e deixa os municípios sem saber a quem recorrer presos em uma demanda reprimida e totalmente sem atendimento especializado o que vem fazendo aumentar em grande escala o número de pacientes descompensados em “surto” o que não era mais para existir.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. P. **Loucos pela Vida**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.2: p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção em Saúde Mental, Saúde em Casa**: secretaria de Estado de Minas Gerais. 2.ed. Belo Horizonte, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília/DF, 2005.

CORREIA, J. C.; VASCONCELOS M.; SOUZA M. S. L.. **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e textos científicos. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. In: MOREIRA, J. - Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins**, I(1):71-75, 1905.

HEBRON, Viviane S. **A reforma psiquiátrica no Brasil**. *Atualidades*, v. 36, agosto/2008.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.6: p. 1455-1461, jun. 2007.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia Estudos**, v.12, n.1: p.17-26, jan./mar.2010.

MACEDO, Camila F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 1017, abril/2006. Disponível em <http://jus.uol.com.br/revista/texto/8246>. Acessado em 12 de dezembro/2010.

MONTEIRO, J. R. **Loucura é falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível na rede de Saúde Mental.** Trabalho de Conclusão de Curso/PUC-RS. Porto Alegre, 2009.

PEREIRA, A. A.; VIANNA P. C. M. **Saúde Mental.** Belo Horizonte, Coopmed, 2009.

RIBEIRO, L. M. et al. **Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?.** Revista Esc Enfermagem, v.44, n.2: p.376-382, jun 2010.

SOLOMON, P.; BECK, S.; GORDON, B. Family members' perspectives on psychiatric hospitalizations and discharge. **Community Health Journal.** v. 24, n.2, p.108-117, 1988.