







ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-REFORMA PSIQUIÁTRICA

MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY HEALTH CARE DURING THE PSYCHIATRIC PRE-REFORM PERIOD

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PRE-REFORMA PSIQUIÁTRICA

 Gisele Fernandes Tarma Cordeiro ¹
 Rosa Gomes dos Santos Ferreira ¹
 Antonio Jose de Almeida Filho ¹
 Tânia Cristina Franco Santos ¹
 Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo ²
 Maria Angélica de Almeida Peres ¹

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira – Nuphebras. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Hospital Universitário – HU, Juiz de Fora, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Gisele Fernandes Tarma
E-mail: gisele_fernandes123@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de dados: Gisele F. T. Cordeiro;
Conceitualização: Gisele F. T. Cordeiro; **Gerenciamento de Recursos:** Gisele F. T. Cordeiro; **Gerenciamento do Projeto:** Maria A. A. Peres; **Investigação:** Gisele F. T. Cordeiro; **Metodologia:** Gisele F. T. Cordeiro, Rosa G. S. Ferreira, Antonio J. A. Filho, Tânia C. F. Santos, Maria A. A. Peres; **Redação - Preparação do Original:** Gisele F. T. Cordeiro; **Redação - Revisão e Edição:** Gisele F. T. Cordeiro, Rosa G. S. Ferreira, Antonio J. A. Filho, Tânia C. F. Santos, Tânia C. F. Santos, Mariângela A. G. Figueiredo, Maria A. A. Peres; **Supervisão:** Maria A. A. Peres; **Validação:** Rosa G. S. Ferreira; **Visualização:** Antonio J. A. Filho, Mariângela A. G. Figueiredo.

Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Submetido em: 14/07/2018

Aprovado em: 15/04/2019

RESUMO

Introdução: analisar a atenção em saúde mental na atenção primária à saúde em um município mineiro, na década de 1980. **Método:** estudo qualitativo, na perspectiva da história do tempo presente. Fontes: documentos escritos e orais obtidos por entrevista com seis profissionais de uma unidade básica de saúde (UBS). Utilizou-se o método indutivo que parte da postura crítica interna e externa das fontes, estabelecendo as relações com o contexto histórico-social em que estavam inseridas. **Resultados:** os dados resultaram em duas categorias: revelando a realidade manicomial em Juiz de Fora pela narrativa dos profissionais da unidade básica de saúde e relatos dos profissionais sobre dificuldades de compreensão da proposta da reforma e consequências na organização dos serviços e na assistência. **Discussão:** no período pré-reforma psiquiátrica, o processo de desospitalização determinou uma demanda de atendimento em saúde mental na UBS, a qual não foi devidamente acolhida devido ao despreparo da equipe de saúde. A lógica manicomial guiava o atendimento e não contemplou suficientemente o cuidado às pessoas com transtornos mentais, limitando-se à reprodução de prescrições médicas e encaminhamentos para serviços especializados. **Conclusão:** a equipe enfrentou, dentro do possível, as dificuldades encontradas e a UBS estudada foi pioneira em atendimento extra-hospitalar em saúde mental, o que mais tarde seria qualificado pela Secretaria Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; História da Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: to analyze the mental health care in primary health care in a Minas Gerais municipality, in the 1980s. **Method:** a qualitative study, from the perspective of the history of the present time. Sources: Written and oral documents obtained by an interview with six professionals from a basic health unit (BHU). We used the inductive method that starts from the internal and external critical posture of the sources, establishing the relationships with the historical-social context in which they were inserted. **Results:** the data resulted in two categories: revealing the asylum reality in Juiz de Fora through the narrative of the professionals of the basic health unit and the professionals' reports about difficulties in understanding the reform proposal and consequences in the organization of services and care. **Discussion:** in the pre-psychiatric retirement period, the de-hospitalization process determined the demand for mental health care at the BHU, which was not properly received due to the unpreparedness of the health team. The asylum logic guided the care and did not sufficiently contemplate the care of people with mental disorders, being limited to the reproduction of medical prescriptions and referrals to specialized services. **Conclusion:** the team faced, as far as possible, the difficulties found, and the BHU studied was a pioneer in out-of-hospital mental health care, which would later be qualified by the Municipal Secretariat of Mental Health of Juiz de Fora.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental Health; History of Nursing; Primary Health Care.

Como citar este artigo:

Cordeiro GFT, Ferreira RGS, Almeida Filho AJ, Santos TCF, Figueiredo MAG, Peres MAA. Atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde no período pré-reforma psiquiátrica. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____ _];23:e-1228 Disponível em: _____DOI: 10.5935/1415-2762.20190076

RESUMEN

Introducción: analizar la atención en salud mental en la atención primaria en un municipio de Minas Gerais, en la década de 1980. **Método:** estudio cualitativo, desde la perspectiva de la historia de la actualidad. Fuentes: documentos escritos y orales obtenidos por entrevista con seis profesionales de una unidad básica de salud (UBS). Se utilizó el método inductivo que parte de la postura crítica interna y externa de las fuentes, estableciendo las relaciones con el contexto histórico-social en el que se insertaron. **Resultados:** los datos dieron como resultado dos categorías: revelando la realidad del manicomio en Juiz de Fora a través de la narrativa de los profesionales de la unidad básica de salud y los informes de los profesionales sobre las dificultades para comprender la propuesta de reforma y las consecuencias en la organización de los servicios y en la atención. **Discusión:** en el período previo a la reforma psiquiátrica, el proceso de deshospitalización determinó una demanda de atención de salud mental en la UBS que, debido a la falta de preparación del personal de salud, no fue recibida adecuadamente. La atención de las UBS seguía la lógica del manicomio y no contempló suficientemente los cuidados de las personas con trastornos mentales, limitándose a la reproducción de recetas médicas y derivaciones a los servicios especializados. **Conclusión:** el equipo enfrentó, en la medida de lo posible, las dificultades encontradas y la UBS estudiada fue pionera en la atención de salud mental extrahospitalaria, después calificado por la Secretaría Municipal de Salud Mental de Juiz de Fora.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental; Historia de la Enfermería; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Este estudo trata do atendimento oferecido às pessoas com transtorno mental, pela equipe de saúde multiprofissional, em uma unidade básica de saúde (UBS) de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, no período pré-reforma psiquiátrica, quando o processo de desospitalização começava a ganhar força no país.

A reforma psiquiátrica brasileira foi legalmente aprovada em 2001, porém o movimento político e social para que ela ocorresse teve início na década de 1970, 20 anos após as experiências de reformas que aconteceram na Europa, provocando reflexões que repercutiram em mudanças nas diferentes regiões do país, após a divulgação de críticas contundentes ao modelo manicomial.^{1,2}

O movimento de reforma psiquiátrica que antecede o marco legal de 2001 propôs mudança de mentalidades, atitudes e de relações sociais quanto à reinserção do indivíduo com transtorno mental na família e sociedade. Devido à extensão territorial do Brasil, diferentes estratégias foram utilizadas para reduzir as internações psiquiátricas, considerando aspectos socioeconômicos, políticos e culturais de cada região do país e enfrentando diferentes interesses que sustentavam o hospital psiquiátrico no centro da atenção em saúde mental.

Nessa conjuntura, em 1987 surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº

8.080/90. Assim, foram reconhecidos e constitucionalizados os princípios da reforma sanitária no país, que também investiu em propostas para a reformulação da assistência psiquiátrica, agregando movimentos a favor da desospitalização e desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental^{5,6} cujas estratégias de tratamento encontravam-se centradas exclusivamente no hospital psiquiátrico e em alternativas pontuais de tratamento extra-hospitalar.^{7,8}

Assim, o contexto histórico político e social brasileiro, nas últimas décadas do século XX, foi fortemente marcado pela democratização da saúde, acatando novas políticas públicas de saúde mental que conduziram ao início da transição do modelo de assistência hospitalocêntrico para outro comunitário.¹ Essa mudança de paradigma no atendimento em saúde mental ainda é um movimento político e social complexo, que envolve interesses, concepções teóricas e éticas e visões de mundo conflitantes, que começaram a ser enfrentados mais abertamente no Brasil a partir da década de 1980.^{3,4}

Em relação ao modelo de atendimento em saúde mental oferecido em Juiz de Fora na década de 1980, seu processo histórico e político tem o infortúnio de ser uma cidade à época pertencente ao “corredor da loucura” junto com Barbacena e Belo Horizonte, cidades responsáveis por 80% dos leitos psiquiátricos no país. Assim, como em outros estados, a lógica de atendimento era orientada pelo isolamento, longos períodos de internações e condutas medicalizantes, o que impossibilitava qualquer iniciativa de garantir a cidadania às pessoas com transtorno mental.^{9,10}

Logo, Juiz de Fora dependia de iniciativas que invertessem a lógica de atendimento manicomial e de pessoas dispostas a enfrentar os poderes instituídos. Nesse sentido, no final de 1980 e início de 1990 emergiram, por parte dos trabalhadores de saúde mental, denúncias ao modelo de atendimento asilar instituído, que levaram a inspeções realizadas pelo Ministério da Saúde nas instituições, constatando que o atendimento prestado às pessoas com transtorno mental apresentava-se abaixo do nível mínimo para um atendimento de qualidade.⁹

Em decorrência desse movimento, surgiram iniciativas para modificar a realidade da assistência psiquiátrica em Juiz de Fora, iniciadas pelo processo de desospitalização, que desafiava a cultura manicomial e os interesses econômicos dos donos de hospitais privados. A saída lenta, mas progressiva, das pessoas com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos aumentou a procura por atendimento no território, mais precisamente nas UBS, na década de 1980.¹¹

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a atenção em saúde mental na atenção primária à saúde em um município mineiro, na década de 1980, tendo como recorte espacial a UBS da região oeste de Juiz de Fora, tornada porta de entrada para o atendimento em saúde mental quando foi

iniciada a desospitalização das pessoas cuja internação não se justificava. Nesse sentido, é pertinente destacar que, em 1980, no bojo do movimento de reforma psiquiátrica no país, novos dispositivos começaram a ser pensados e a atenção básica, como foi e como deve ser, foi chamada ao atendimento e manejo dos casos de transtornos mentais, incluindo-os nos programas de saúde no âmbito extra-hospitalar.

Estudar e registrar a atuação da equipe multiprofissional no atendimento em saúde mental no cenário da UBS como iniciativa em favor do atendimento extra-hospitalar contribuirá para a superação de dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde da atenção primária que, em plena reforma psiquiátrica, ainda tem limitações para assistir pessoas com transtornos mentais. A experiência do município de Juiz de Fora serve de exemplo para locais que ainda não conseguiram implantar a assistência em saúde mental de base comunitária.

Um dos princípios da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização, pressupondo a manutenção do portador do transtorno mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano de relações sociais, e nessa perspectiva está contida a atenção à saúde contemplada pela atenção primária. Novos conhecimentos adquiridos pela atenção primária foram necessários e nessa seara está o saber em saúde mental, determinando a desconstrução do histórico distanciamento das práticas psiquiátricas da atenção básica.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa desenvolvida na perspectiva da história do tempo presente.¹² O recorte temporal inicia-se no ano de 1980, quando teve início o movimento de desospitalização na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, e termina com a regulamentação da reforma psiquiátrica no país, em 2001.

Os dados que constituem este artigo foram provenientes de fontes orais e escritas, sendo as escritas: discursos e artigos publicados em jornais de grande circulação na cidade de Juiz de Fora, na revista do Hospital Universitário da cidade e Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Juiz de Fora, bem como os relatórios das Conferências de Saúde Mental.

As fontes orais foram coletadas no período de maio a julho de 2016, utilizando-se a técnica da história oral temática (HTO).¹² A rede constituiu-se de seis participantes que experienciaram o atendimento prestado na UBS no período estudado: uma enfermeira, uma auxiliar de Enfermagem, uma assistente social e três médicos. Na HTO não é o número de entrevistados que determina a qualidade dos dados, e sim sua memória para registrar, a partir de lembranças, os fatos ocorridos.¹²

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas e encaminhadas aos colaboradores do estudo para validação.

Nessa etapa nenhum deles solicitou alteração do documento, chegando-se à etapa final de coleta e preparação das fontes orais, de acordo com a metodologia proposta.

Os colaboradores foram identificados no texto pela letra inicial da sua profissão, seguida do número correspondente à sequência da realização da entrevista.

Para análise dos dados empregou-se o método indutivo, que parte da postura crítica interna e externa das fontes, estabelecendo as relações com o contexto histórico-social em que estavam inseridas.^{13,14} A classificação e contextualização dos dados viabilizaram a discussão dos resultados, que foram triangulados à luz dos conceitos de desospitalização, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e cidadania.

Compreende-se como desospitalização a retirada da pessoa com transtorno mental do hospital psiquiátrico pela alta, que encerra uma internação.¹⁵ Quanto à desinstitucionalização, em saúde mental, esta não é ato isolado, estando fielmente associada ao reconhecimento do processo e acolhimento do usuário pela sociedade e pelos serviços de saúde, entre eles a atenção básica. O conceito de desinstitucionalização surge como um processo concomitante à democratização do país e de reformulação no seu sistema de saúde, por meio da reforma sanitária, questionando saberes e práticas psiquiátricas, verificando os efeitos negativos das internações psiquiátricas no indivíduo.^{16,17}

A desinstitucionalização é considerada a essência da reforma psiquiátrica, que almeja a desconstrução de paradigmas que sustentam relações viciadas no sentido de ir além do contato com o indivíduo internado. Demanda o fortalecimento dos laços e a inclusão dos profissionais, familiares e comunidade no plano de cuidado, de acordo com a necessidade de cada pessoa, para que ocorra sua reabilitação psicossocial.¹⁷

De acordo com Pitta,¹⁸ o processo de reabilitação psicossocial consiste na reconstrução do indivíduo, no tocante ao exercício pleno da cidadania, que implica a contratualidade entre indivíduo, rede social e ambiente, cenários estes que permitem as atuações de todos os indivíduos. Trata-se de um conjunto de ações que se destinam ao aumento das habilidades humanas, gerando, conseqüentemente, a minimização dos efeitos da desabilitação, deficiência e danos causados pela doença.

Desinstitucionalizar inclui reabilitar psicossocialmente e permite uma vida cidadã. A cidadania das pessoas com transtorno mental está associada ao processo de desenvolvimento de seus direitos no interior das sociedades capitalistas e, como existe uma dificuldade de inserção desses usuários nesse meio, essas pessoas acabam sendo vítimas de comportamentos estigmatizantes e excluídas do convívio social.^{15,16}

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa credenciado e realizada conforme a legislação para pesquisas com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

REVELANDO A REALIDADE MANICOMIAL EM JUIZ DE FORA PELA NARRATIVA DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A pesquisa permitiu identificar o modelo de atendimento prestado às pessoas com transtorno mental em Juiz de Fora, alicerçado no isolamento social, imposto por internações compulsórias a partir de ações institucionalizantes:

A assistência em saúde mental em Juiz de Fora estava equivocada, centrada no hospital. Chegou-se a ter aqui 1.600 leitos psiquiátricos. Em Juiz de Fora se formava o que era o chamado na época de “corredor da loucura”, porque o número de pessoas ensandecidas e recolhidas em hospitais era assustador (M 05).

A assistência prestada às pessoas com transtorno mental no hospital de Barbacena, estado de Minas Gerais, foi abordada neste estudo como uma das formas de esclarecer a influência do modelo de atendimento institucionalizante que refletiu no “corredor da loucura” à época do cenário estudado, pois a maioria das pessoas que apresentavam alguma queixa relacionada à saúde mental era encaminhada para lá:

Eu já tive experiência com Psiquiatria. Minha mãe, com 30 anos, entrou em depressão pós-parto e foi tratada no hospital de Barbacena [...] era assim, a pessoa, se estivesse nervosa, era logo internada (AE 02).

Juiz de Fora era conhecida em âmbito nacional como um município que concentrava grande número de hospitais psiquiátricos na época. Era insustentável manter aquele modelo de assistência em saúde mental (M 04).

A assistência em saúde mental impropriedade em relação ao atendimento digno e humanizado fez com que profissionais de saúde, incomodados com a realidade vivenciada pelas pessoas com transtorno mental, com perda da sua autonomia e direito de viver nos espaços sociais, denunciassem as práticas realizadas nos hospitais psiquiátricos por meio de um documentário que impulsionou o movimento de desospitalização:

Em 1980, um psiquiatra veio para Juiz de Fora com a intenção de fazer algo diferente no campo da saúde mental. Em 1981, ele trouxe a proposta e eu promovi a viabilização do documentário “Em nome da

razão”, que ficou sendo reconhecido no movimento de desospitalização (M 05).

A divulgação deste documentário foi o primeiro impacto que se causou e que se teve aqui, quando se falou efetivamente que era insustentável manter aquele modelo de assistência em saúde mental (M 06).

Os participantes relataram as experiências da equipe de saúde multiprofissional no atendimento às pessoas com transtorno mental no que se refere ao acolhimento realizado pela equipe da UBS no período da desospitalização. Nesse cenário, verificou-se que profissionais da equipe de saúde identificaram dificuldades relacionadas à insuficiência da qualificação dos recursos humanos para atender as pessoas portadoras de transtornos mentais:

O acolhimento era precário, não era dirigido ao doente de saúde mental, era igual ao de qualquer outra patologia, qualquer outra demanda que chegasse na UBS, não havia preparo nem dos profissionais da UBS (E 03).

Não havia preparo nem dos profissionais da UBS nem mesmo do pessoal da marcação, pois dependia de demanda espontânea. O controle do atendimento não era algo preparado e adequado ao paciente com demanda de saúde mental (M 05).

[...] Havia casos de pacientes que eram passados como atendimento prioritário [para o Posto de Atendimento Médico], que eram os casos de suicidas e pessoas que usavam drogas [...] quando decidiam se consultar na Psiquiatria o atendimento era mais rápido (AS 01).

O profissional de saúde, a partir dessas extrações, expressou suas angústias em atender à demanda de saúde mental devido à falta de conhecimento sobre o manejo pertinente ao atendimento dessa clientela:

Para mim não era difícil lidar com estes pacientes, mas não tínhamos a resposta do que fazer. Às vezes a pessoa encontrava-se em crise e não tínhamos o que fazer, tinha que encaminhar para terceiros e aguardar vaga [...] (AE 02).

Somando-se a esses aspectos, dois entrevistados referiram que, além da falta de recursos humanos, havia desinteresse de alguns profissionais da equipe da UBS em atender as pessoas com transtorno mental que buscavam acolhimento:

[...] o atendimento era oferecido pela UBS, muito mais a partir da simpatia, ou não, que os profissionais tivessem pelos enfermos psíquicos, uma melhor ou não familiaridade com essa área (M 04).

[...] alguns profissionais não demonstravam interesse em atender essa população, porque era uma população estigmatizada (E 03).

[...] os profissionais não percebiam que os problemas de saúde de forma mais ampla são impactados por problemas de saúde mental, e vice-versa (M 05).

Nessa primeira categoria apresentada é possível perceber que o processo de desospitalização foi acontecendo e a busca por atendimento de saúde mental na UBS pegava de surpresa os profissionais de saúde, que agiam da forma como lhes era possível.

A categoria a seguir revela as estratégias de atendimento às pessoas com transtornos mentais na UBS.

RELATOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE DIFICULDADES DE COMPREENSÃO DA PROPOSTA DA REFORMA E CONSEQUÊNCIAS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E NA ASSISTÊNCIA

Os relatos dos participantes evidenciaram que a falta de organização e a ausência do fluxo de atendimento entre a atenção básica e as demais instâncias de saúde mental resultavam em intervenções médicas centradas, em um espaço que deveria ser propício para a constituição do vínculo entre os profissionais da equipe multiprofissional e as pessoas com transtorno mental que buscavam por atendimento:

[...] Não havia um fluxo de atendimento e encaminhamento. O que havia é que a equipe da UBS fazia o que podia. Se o paciente precisasse, recorria aos ambulatórios especializados através de sugestões dos profissionais das UBS... Não havia canal de comunicação entre a UBS com o profissional especialista e as instâncias (M 04).

[...] os pacientes eram encaminhados para o posto de atendimento médico, e as consultas aqui na UBS eram normais, igual atende-se ao hipertenso, diabético, mas não existia horário e data estipulados para atender à demanda de saúde mental (E 03).

Não havia organização, simplesmente se você reconhecia uma necessidade de atendimento

especializado, você encaminhava para a Psiquiatria, com o mesmo formulário que era utilizado para encaminhar para qualquer outra especialidade, como Cardiologia, Pneumologia. Fazíamos um “sumariozinho” do que você encontrou naquele paciente e que justificasse o encaminhamento, entregava para o paciente marcar a consulta na atenção secundária e pronto (M 04).

Não havia nenhum tipo de contrarreferência, você não tinha notícia mais daquele paciente, se ele estava em tratamento, o que estava sendo feito, ele eventualmente até voltava para você para tratar de outros problemas clínicos. Às vezes ele tinha uma hipertensão, uma diabetes e às vezes ele falava que estava tratando na Psiquiatria, mas não tínhamos nem informação, nem participação neste trabalho (M 06).

Um profissional afirmou que as pessoas com transtorno mental se encontraram sem suporte quando ocorreu a desospitalização em Juiz de Fora:

[...] acho que tiraram a hospitalização, mas não deram outra opção para as pessoas, pois elas ficavam perdidas (AE 02).

A atenção básica constitui-se em fio condutor do cuidado em saúde no SUS e deve atender toda a população de sua área de abrangência, sem discriminação, desenvolvendo a atenção à saúde com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde.¹⁹

Corroborando os relatos supracitados, dois colaboradores ressaltaram como o atendimento era centralizado na renovação de receita e encaminhamento compulsório:

[...] Não havia acolhimento, o atendimento era unificado, era consulta normal, o paciente chegava, marcava a consulta médica e marcava para a Psiquiatria [no posto de atendimento médico] e ficava aguardando. Se fosse para renovar receita de medicamento, isso era feito durante a consulta médica (E 03).

Se fosse o caso de repetir receita, marcávamos uma nova consulta para o usuário, para ir renovando a receita enquanto aguardava sair a vaga de Psiquiatria [no posto de atendimento médico] (AE 02).

Apesar dos desafios encontrados pela equipe de saúde para atender as pessoas com transtorno mental que vinham

da desospitalização, contemplou-se neste estudo o cerne da necessidade de reformulação do modelo de atendimento em saúde mental, expressada na fala do profissional a seguir:

Quando se concebeu uma reforma psiquiátrica, a ideia era de não só retirar o paciente do hospital, mas se estabelecer um fluxo adequado, que significava ter uma porta de entrada definida e ter o mecanismo de referência e contrarreferência eficiente (M 06).

Os resultados obtidos pelo estudo registram o pensamento dos profissionais da UBS diante do desafio para atender as pessoas com transtorno mental mergulhados numa sociedade que ainda não se colocava a favor do movimento de reforma que aos poucos se instituiu.

DISCUSSÃO

Os profissionais da equipe de saúde multiprofissional deste estudo reconheceram que foram necessárias iniciativas para viabilizar o processo de recepção das pessoas com transtorno mental desospitalizadas, que antes de chegarem à UBS encontravam-se inseridas em um espaço caracterizado eminentemente pela prática biomédica.

Nesse sentido, reforçando o que foi revelado pelos entrevistados, cabe destacar que as iniciativas que reportaram as denúncias do modelo de atendimento tradicional surgiram no ano de 1979, com a visita do médico Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena, para conhecer a realidade das pessoas que ali se encontravam isoladas da sociedade. Assim, o médico teve a oportunidade de identificar inúmeras práticas de violação da dignidade e subjetividade das pessoas internadas, que se estendia aos moradores de Juiz de Fora.⁹

Após a visita ao Hospital Colônia de Barbacena, o psiquiatra italiano, pioneiro na luta pelo fim dos manicômios, afirmou diante de uma coletiva de imprensa: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta”.⁹

Ao evidenciar que a assistência prestada naquele município mineiro se opunha a uma assistência distante do que seria desejável pelas pessoas com transtorno mental e seus familiares, os trabalhadores de saúde mental interessados em mudar a realidade da assistência em Juiz de Fora exibiram na cidade, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, no ano de 1981, o filme “Em nome da razão”, do cineasta Helvécio Ratton, que veio denunciar as práticas asilares e tornou-se símbolo da luta antimanicomial no município.¹¹

Dessa maneira, surgiram questionamentos contundentes relacionadas aos recursos humanos e à infraestrutura dos hospitais psiquiátricos que repercutiram em reivindicações por

mudanças com base em movimentos políticos, éticos, legais e jurídicos que impulsionaram fortemente o movimento de desospitalização. Nesse contexto, as pessoas com transtorno mental que saíam dos hospitais psiquiátricos procuravam por acolhimento em sua área de moradia indo às UBS, pois se encontravam sem referência de atendimento.

Diante dos fatos supracitados, os resultados encontrados neste estudo revelaram que as dificuldades em atender as pessoas recém-desospitalizadas na UBS estudada relacionavam-se à escassez de recursos humanos e posturas estigmatizantes por parte de alguns profissionais, estabelecidas no modelo biomédico e na ausência de integração na atenção em saúde mental, o que inviabilizava o processo de referência e contrarreferência.

De modo semelhante, estudos mostram que no período de 1999 a 2009 a maioria dos profissionais das UBS apresentava “visões estereotipadas sobre a predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede”.^{19,20} O estudo, realizado em 2009 na cidade de São Paulo, afirma que “a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção primária ainda é uma realidade pouco frequente”.²⁰

Esses estudos reforçam a ideia de que a potência da atenção primária não é, de fato, aproveitada quanto ao acolhimento e manejo de casos da saúde mental, conforme extraímos da história de tempo presente, nesta pesquisa.

A partir do momento em que se implantava, progressivamente, a reforma psiquiátrica no país, de fato, há que se pensar em formação de rede substitutiva à internação, desospitalização, rede de cuidados, territorialização, reinserção e reabilitação psicossocial, além do acesso aos dispositivos de saúde pública, de modo igualitário e cidadão.

A atenção básica está para essa clientela como porta de entrada ao serviço de saúde, encaminhamento (se necessário) e, sobretudo, como vinculação e permanência ao território, onde estão os recursos para o cuidado.

Quatro categorias definem as experiências dos profissionais de saúde no atendimento às pessoas com transtorno mental: tensão, falta de satisfação profissional, dificuldade e desconforto, respectivamente, causados por estado de vigília constante dos profissionais, desacreditação nas intervenções realizadas aos usuários, descontinuidade do trabalho realizado pelos profissionais quanto ao fluxo terapêutico e, por último, despreparo para lidar com essas pessoas.²¹

Esse dito foi desvelado neste estudo em que, inicialmente, os entrevistados mencionaram o atendimento alicerçado no isolamento social como resultante do desconhecimento teórico-prático, estigmatização e práticas excludentes de atenção em saúde. Também ressaltaram dificuldades relacionadas à insuficiência da qualificação dos recursos humanos para atender portadores de transtornos mentais e,

em contrapartida, certo desinteresse da equipe da UBS em atender essa população.

Este é o primeiro enfrentamento da reforma psiquiátrica, estando prevista não apenas a desospitalização, mas a garantia e substituição do modelo anterior de atendimento, dando lugar a um modelo de atenção psicossocial inclusivo no viés da cidadania, na atenção à saúde. Esse é um processo amplo, repleto de tensões e atravessamentos que têm colocado em evidência diferentes elementos, próprios à sua complexidade.¹⁷

Uma assistência em saúde insuficiente, vislumbrada nas entrevistas realizadas no estudo em tela, conduz à reflexão de que o bom trato relacional e a prestação do cuidado técnico-procedimental são direitos dos usuários; logo, a ausência de um ou de outro implica o não respeito à sua cidadania.¹⁶ Os profissionais da equipe de saúde da UBS estudada expressaram que reconheciam quadros de gravidade apresentados pelos usuários, mas deixaram claro que não existiam recursos terapêuticos que poderiam ser usados para atender o usuário.

Os participantes expressaram angústias em atender à demanda de saúde mental devido à falta de conhecimento sobre o manejo pertinente ao atendimento dessa clientela. Revelaram, ainda, falta de organização e ausência de fluxo de atendimento entre a atenção básica e as demais instâncias de saúde mental, o que pode ser resultante do desconhecimento do que havia como rede de atenção à época ou, ainda, certa negativa em manejar os casos que recorriam à UBS, o que pode ser viável antes de encaminhamentos precoces.

A escassa comunicação da atenção primária com os demais serviços, de acordo com os entrevistados, não pode ser considerada como suporte à equipe da UBS. Na realidade, a rede de atenção psicossocial estava se iniciando e ainda está sendo formada, de modo que este estudo mostra que houve impacto positivo da demanda gerada na UBS com a desospitalização em Juiz de Fora.

Corroborando os sentimentos de impotência por estarem descumprindo os pressupostos de reforma psiquiátrica, pela ética relacionada ao cuidado no atendimento em saúde mental, estudos evidenciam a complexidade das situações que envolvem o trabalho em saúde mental na atenção primária à saúde, apresentando dificuldades nesse processo permeadas pelos interesses e prioridades dos profissionais envolvidos; pela tensão entre quantidade e qualidade dos serviços prestados na atenção primária; e pela capacidade da rede de responder de forma adequada às necessidades terapêuticas dessas pessoas.¹⁹

Essa situação, quando é negativa em saúde, colabora para o estabelecimento de intensos obstáculos à reabilitação psicossocial, em que o manejo real de inserção do sujeito e permanência social fica deficiente, impossibilitando seu acesso à saúde e contribuindo para o retorno à crise.²²

É possível perceber que a concepção da UBS como provedora da reabilitação psicossocial e cidadania não estava bem definida

para essa equipe de saúde, porque não havia conhecimento de alguns profissionais que lhes permitisse atuar como agentes sociais, participando ativamente da promoção do resgate da autonomia individual e coletiva do usuário. Ao contrário, estavam distantes desse conceito de autonomia do usuário, conceito este que determina a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, efetuando racionalmente as suas próprias escolhas.²³

A reabilitação psicossocial deve fazer parte de um processo terapêutico que busca a promoção da cidadania dos usuários a partir de sua inserção na comunidade, desenvolvendo estratégias que estimulem as pessoas com transtorno mental a resgatarem sua autonomia na sociedade, com o direito de acompanhamento em sua área de moradia, buscando minimizar os efeitos causados pela exclusão social, o que não ocorreu em Juiz de Fora no início do processo de desospitalização.¹⁸

Compreendendo, porém, a reforma psiquiátrica processualmente, há que se considerar esse acontecimento sócio-histórico, como previsível e demandante de investimento econômico, político e de educação permanente profissional que, de fato, contemplam a perspectiva do atendimento à desinstitucionalização e do cuidado ampliado em saúde mental.

CONCLUSÃO

Este estudo, por ser de abordagem histórica, permitiu o registro de processos ocorridos no campo da saúde em resposta a uma importante política estabelecida em fase inicial do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, conceituada como desospitalização.

As pessoas com transtornos mentais, ao se encontrarem na comunidade após anos de afastamento dos serviços de saúde pela internação, buscaram o serviço mais próximo na comunidade que era a UBS. Essa busca, inicialmente, era frustrada devido ao despreparo da equipe de saúde da UBS para atender portadores de transtornos mentais. Sem contar também com suporte especializado de outros serviços, a equipe multiprofissional precisou rever sua organização e suas práticas para assistir essa nova demanda de usuários.

As ações de cuidado da equipe de saúde multiprofissional da UBS estudada foram evidenciadas neste estudo, identificando que a concepção da UBS como provedora da reabilitação psicossocial e promoção da cidadania não estava bem definida para essa equipe de saúde, pois o modelo de atenção em saúde mental oferecido na UBS da região ia ao encontro de um tratamento prioritariamente medicamentoso, já que os profissionais não conheciam outras formas de manejo dos casos, acabando por estimular práticas que iam pela contramão do movimento de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora.

Sendo assim, os profissionais da UBS da região oeste apresentavam dificuldades em reconhecer que os usuários

portadores de transtorno mental têm o direito de ser atendido em sua área de moradia, no seu território, devido a fatores que incluíam a falta de experiência profissional na saúde mental e o despreparo teórico-prático para tal.

A deficiência no preparo desses profissionais estava relacionada à falta de recursos humanos, bem como de ações de educação permanente em saúde para capacitá-los quanto aos aspectos da clínica da saúde mental. Isso se apresentou atrelado a posturas estigmatizantes, o que refletia na qualidade da assistência oferecida pela atenção primária à saúde.

Contudo, o estudo comprova que ocorreu importante movimento de desospitalização em Juiz de Fora, porém, o modelo de atendimento em saúde mental, naquela época, restringia o acesso dessas pessoas ao serviço de atenção básica e mantinha a centralização do atendimento nos hospitais psiquiátricos, estando a equipe de saúde despreparada para receber a demanda gerada pela alta institucional das pessoas com transtornos mentais.

Assim, Juiz de Fora vai se preparar para isso, criando na década de 1990 protocolos de conduta para transformar a UBS em porta de entrada em saúde mental, fazendo desta UBS a primeira a implantá-los, o que reafirma que a reforma psiquiátrica é processual e já vinha ocorrendo antes mesmo do seu marco histórico em 2001, quando a Lei 10.216 foi sancionada. Muito se fez pelas pessoas com transtornos mentais e a história da Enfermagem deve manter acesa essa memória, garantindo o registro dos fatos ocorridos.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de mestrado.

Este artigo faz parte dos resultados da dissertação de mestrado intitulada: "Reformulação da assistência em saúde mental em uma unidade básica de saúde de Juiz de Fora (1997-2001)".

REFERÊNCIAS

- Andrade MC, Costa-Rosa A. The relation between madness and labour: concepts and practices in historical perspective. *Gerais Rev Interinst Psicol*. 2014[citado em 2018 fev 27];7(1):27-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000100004&lng=pt
- Barroso SM, Silva MA. Brazilian psychiatric reform: the way of the deinstitutionalization by the historiography. *Rev SPAGESP*. 2011[citado em 2018 fev 27];12(1):66-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
- Amarante P, Torre EHG. Madness and cultural diversity: innovation and rupture in experiences of art and culture from Psychiatric Reform and the field of Mental Health in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017[citado em 2018 fev 27];21(63):763-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-21-63-0763.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil (BR). Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: República Federativa do Brasil; 1988[citado em 2018 jan. 12]. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/legislacao/codigoeleitoral/constituicao-federal/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil>
- Ministério da Saúde (BR). A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006[citado em 2018 jan. 12]. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lidbi/docsonline/get.php?id=5444>
- Ministério de Saúde (BR). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União; 2001[citado em 2018 jan. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Delgado PGG. Psychiatric reform and democracy in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011[citado em 2018 fev. 27];16(12):4701-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/19.pdf>
- Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- Marques AJS, Pitta AMF. Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Heckert U. Reforma do sistema assistencial psiquiátrico de Juiz de Fora e região. *Rev Inst Histórico Geográfico Juiz de Fora*. 2015;15.
- Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2ª ed. São Paulo: Contexto; 2013.
- Padilha MICS, Borenstein MS. The methodology of historic research in the nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2005[citado em 2018 fev. 27];14(4):575-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a15v14n4.pdf>
- Barros JDA. A fonte histórica e seu lugar de produção. *Cad Pesq Cdhis*. 2012[citado em 2018 fev. 27];25(2):407-29. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/cdhis/article/download/15209/11834>
- Venturini E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
- Araujo FP, Sauthier M, Ferreira MA. Social representations of citizenship by inpatients: implications for hospital care. *Rev Bras Enferm*. 2016[citado em 2018 fev 27];69(4):625-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0625.pdf
- Andrade APM, Maluf SW. De-institutionalization experiences in the Brazilian psychiatric reform: a gender approach. *Interface (Botucatu)*. 2017[citado em 2018 fev. 27];21(63):811-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/en_1807-5762-icse-1807-576220150760.pdf
- Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2016.
- Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. 2015[citado em 2018 fev. 27];19(55):1121-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>
- Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider's web? *Ciênc Saúde Colet*. 2009[citado em 2018 fev. 27];14(1):129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>
- Zolnierek CD, Clingerman EM. A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2012[citado em 2018 fev. 27];18(4):226-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22679265>
- Razzouk D. Accommodation and health costs of deinstitutionalized people with mental illness living in residential services in Brazil. *Pharmacoecon Open*. 2018[citado em 2018 fev. 27];3(1):31-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29713951>
- Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017[citado em 2018 fev. 27];21(3):e20160284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf>

