

O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais¹

Magda Dimenstein

Profa. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e Dra. em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. UFRN, CCHLA, Depto. de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova – Natal, RN. 59.078-970 (84) 3215.3590 - Ramal 5 magdad@uol.com.br

Resumo

Com este trabalho, pretende-se contribuir com a discussão sobre os atuais desafios da política de saúde mental, especialmente a questão da reinserção social de portadores de transtornos mentais. Para tanto toma, como elementos inspiradores, duas situações ocorridas em serviços de saúde mental brasileiros, que revelam os desafios hoje colocados aos gestores e aos trabalhadores desse campo. Entende-se que diferentes ações podem ter repercussões claras e diretas no processo de reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental. Entretanto, focamos a atenção em três aspectos: a dinâmica das instituições de saúde; a construção de uma rede integrada de atenção à saúde e o reordenamento dos serviços de atenção especializados; o enfrentamento da lógica manicomial que perpassa o cotidiano dos serviços e práticas profissionais.

Palavras-chave

Saúde mental; reinserção social; atenção integrada; políticas públicas; portadores de transtornos mentais.

¹ Trabalho parcialmente apresentado em mesa redonda no Encontro Nacional da ABRAPSO, em novembro de 2005, na UFMG.

O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais

Neste ensaio se esboçam reflexões geradas a partir das discussões e das investigações operacionalizadas no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, em nível de mestrado e doutorado. A discussão aqui proposta está ancorada na experiência anterior da autora como psicóloga de serviços públicos de saúde, bem como de supervisão de estágio curricular em Psicologia em serviços substitutivos ligados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal, ao longo dos últimos seis anos. Serão apresentados os dois relatos de experiências que se destacaram e que serviram de ponto de partida para este texto.

Um desses relatos tratava da abertura de uma residência terapêutica, um dos equipamentos fundamentais para o avanço da reforma psiquiátrica. No texto, eram discutidos a complexidade e os inúmeros desafios presentes no processo de implantação dessa experiência. Apesar de não ser o foco do trabalho, ao apresentar esse processo, as autoras tocaram em um ponto fundamental: apesar de bastante empenhados na abertura dessa residência terapêutica, muitos trabalhadores relutavam em participar das equipes que ficariam responsáveis pelo funcionamento desse novo serviço, relutância que eclodia quando se depararam com a necessidade de produzir um cuidar de forma distinta daquela produzida no manicômio, local onde também trabalhavam (PAULON *et al*, 2005).

O segundo relato tratava de uma investigação realizada com moradores de hospitais psiquiátricos. Seu ponto central versava sobre a recusa declarada de muitos pacientes em sair da instituição, após anos de internação, mesmo quando alternativas concretas de vida fora dos muros lhes eram oferecidas (MACHADO *et al*, 2005).

Tais relatos dizem respeito a experiências ocorridas em diferentes regiões do País e, em si, não trazem nenhuma novidade. Não se trata de algo inusitado ou mesmo desconhecido da maioria daqueles que vivem o cotidiano da saúde mental. Entretanto, são indicadores importantes dos problemas e dos desafios hoje colocados aos gestores e trabalhadores do campo da saúde mental. Neste estudo, não há a pretensão de analisar profundamente todas as questões envolvidas nas situações mencionadas. A idéia é tentar situar em que campo esses relatos se inserem, que linhas

os compõem e para que direções seguem as políticas de saúde mental.

Em uma primeira análise, é possível identificar, em ambos os relatos, processos que seguem em direção oposta à reforma psiquiátrica, especialmente as propostas de reabilitação psicossocial e de reinserção, que buscam garantir a autonomia e a cidadania de portadores de transtornos mentais e que são a tônica das políticas públicas de saúde mental. Ancorados nessa primeira análise, torna-se viável mapear alguns possíveis determinantes para a reação desses trabalhadores e usuários, bem como pensar que estratégias podem ser implementadas para produzir transformações na atenção em saúde mental.

Um primeiro grupo de problemas e desafios a ser enfrentado diz respeito à dinâmica das instituições de saúde à qual os trabalhadores estão vinculados, o que inclui questões salariais e condições de trabalho, até a falta de capacitação que viabilize a produção de novas formas de cuidado. Além desses pontos, que podem ser identificados no contexto nacional, assinalamos o investimento insuficiente e inadequado do SUS para os serviços substitutivos; o aumento considerável da demanda em saúde mental (egressos de hospitais psiquiátricos, uso constante e inadequado de benzodiazepínicos, álcool e outras drogas) e a diminuição, ainda tímida, dos gastos com internação psiquiátrica (o que reflete a política ideológica dos hospitais).

Podemos indicar, também, pelo menos no contexto do Rio Grande do Norte, o baixo índice de pessoas que são atendidas em serviços substitutivos como o CAPS, devido ao número insuficiente de unidades para atender à crescente demanda, ao tempo excessivo de sua utilização pelos usuários, ao insuficiente registro de altas e à absoluta falta de articulação entre esses serviços e a rede de atenção básica (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2005a).

Isso implica a produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Assim, esse modelo torna-se paradoxal àquele de assistência à saúde proposto pela reforma psiquiátrica e a seus aspectos fundamentais: a desconstrução de saberes e de práticas restritos à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de base comunitária, na concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura.

É preciso, dessa maneira, avançar nos processos de expansão e de

articulação da atenção na rede básica e substitutiva e fortalecer o lugar do CAPS como, por exemplo, organizador da rede de cuidados em saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes e promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio. Em diversos trabalhos (MERHY, 2004; MERHY *et al*, 2002) há o alerta para o problema (presente em todo território nacional) de institucionalização dos CAPS e da produção de novas cronicidades que se expressam na retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço, em produzir portas de saída e de circulação na rede, aspectos que podem estar transformando os CAPS em manicômios disfarçados. Corroborando essa discussão, Barros (2003) aponta para três “ordens de cronicidade”:

(1) as “novas cronicidades” dos pacientes que se tornam “usuários-pacientes”, pois estão e/ou são postos como passivos frente ao desafio de produção de outra subjetivação, seja porque o contexto sóciofamiliar é refratário à inclusão e o sociopolítico é adverso e precário, seja porque as condições socioculturais mais amplas são marcadamente discriminatórias em relação aos chamados “pacientes psiquiátricos”, de modo que as ofertas como as de trabalho são raras e acompanham o modelo formal do mercado capitalista, ao exigir profissionalização e disciplinarização;

(2) a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, refletida pela dificuldade em aliar a discussão clínica à análise dos processos de trabalho e das instituições (ou seja, aliar a clínica à política), bem como a dificuldade de aliar a formação permanente às práticas dos serviços, de modo que as marcas da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação sejam superadas;

(3) a cronicidade produzida pela inexistência ou pela fragilidade de uma efetiva “rede” de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica na existência desorganizada de várias portas de entrada e a falta de portas de saída, de modo que a rede não se faz, pois, características essenciais como a acentralidade, a conectividade e a produção permanente não se operam, e o que vemos é “um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente” (p. 205).

Ou seja, essas duas formas de prestação de cuidados devem estar articuladas, gerar responsabilidades compartilhadas entre as equipes e evitar que o usuário não vá direto ao hospital psiquiátrico.

Esses questionamentos também se aplicam em relação ao mais novo dispositivo da reforma psiquiátrica brasileira: os serviços residenciais terapêuticos (SRTs). Esses serviços, em linhas gerais, são propostos como modalidade de cuidado que oferece às pessoas com história de longa internação em hospital psiquiátrico e que permaneciam internadas, devido à perda de vínculos familiares e sociais, a possibilidade de construir uma vida na cidade, de habitar numa casa como outra qualquer, de circular livremente pelos espaços públicos, de receber assistência por técnicos cuidadores e acompanhamento ambulatorial pelos Centros de Atenção Psicossocial. Na realidade específica da saúde mental, em Natal, esse serviço foi implantado muito recentemente. Isso despertou nosso interesse sobre como seria o processo de desinstitucionalização dessas pessoas, um dispositivo que fosse potencialmente livre de “cronicidades” e repleto de desafios em sua implantação.

Entre esses desafios, estaria a desconstrução de formas comuns e hegemônicas de habitar a cidade, de modos de morar e de formas de cuidar e de “clínica”, considerando as imprevisibilidades que o encontro da loucura, em sua estranheza e em suas formas institucionalizadas com a cidade, coloca para esses moradores e cuidadores. Supomos que tais encontros com a cidade seriam potentes para a desconstrução da lógica manicomial, a partir da diversidade de formas de vida que nela se desenvolvem, cotidianamente, nos espaços de sociabilidade, solidariedade e convívio com a diferença, que coloca em questão as forças homogeneizantes e aprisionadoras das subjetividades contemporâneas. Assim, o encontro com a cidade e com a vida cotidiana no espaço além dos muros manicomial, em sentido restrito, exigirá o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Tais práticas também deverão ser direcionadas para além das intervenções dos cuidadores, constituindo-se em estratégias que esses moradores construirão no encontro com a cidade, em seus diferentes espaços de sociabilidade e nas formas de cuidado e de vida que ela pode oferecer.

Um dos aspectos importantes dentro desse processo de reorientação da atenção em saúde mental diz respeito à capacitação dos Acompa-

nhantes Terapêuticos (AT) para que possam dar suporte às diversas equipes espalhadas na rede de saúde. A presença dos AT é um dispositivo fundamental no processo de reforma psiquiátrica e de inserção dos portadores de transtornos mentais na vida extramanicomial. É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como locais para processar sua ação, na medida em que visa à circulação do usuário na cotidianidade ao investir em estratégias de enlace social. Tal modalidade de atenção não é restrita a um grupo específico de técnicos, mas pode ser exercida por diferentes pessoas que, após treinamento adequado, podem exercer a função de acompanhantes terapêuticos.

O dispositivo do AT se insere além do espaço estrito dos estabelecimentos de saúde, ao realizar uma “clínica sem muros” na qual o *setting* terapêutico se configura a cada incursão no espaço urbano. Em outras palavras, é interessante investir no dispositivo do AT, seja em sua potência clínica de intervenção com usuários, familiares e redes sociais, seja em sua potência analisadora do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, consideramos imprescindível identificar e capacitar equipes de AT e estabelecer uma central que possa dar suporte aos mais diferentes serviços, seja de atenção básica, seja especializado, bem como às equipes de atenção básica.

Outro ponto importante na constituição dessa rede integrada diz respeito à consolidação da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, à implementação de uma de suas estratégias, a do “Apoio Matricial”, ou seja, a capacitação de uma equipe de supervisores institucionais que possam operacionalizar a política de saúde mental do município, extrapolando o viés estritamente clínico tal como vem, tradicionalmente, sendo exercido por aqueles que ocupam esse lugar. O Apoio Matricial é uma estratégia de interlocução na rede de saúde, que tem por meta pensar a saúde mental inserida na saúde como um todo e construir estratégias que permitam e/ou facilitem o direcionamento dos fluxos na rede.

Nesse contexto, o Apoio Matricial é um arranjo institucional criado para promover interlocução entre os serviços de saúde mental, como os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destina-se, principalmente, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada; a favorecer a co-responsabilização entre as equipes; a servir de apoio para as equipes de referência; a promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas.

Para isso, é necessário que o profissional da saúde mental acompanhe freqüentemente as equipes das UBS, especialmente aquelas que não possuem equipe de saúde mental, propiciando um suporte teórico-prático. O apoio matricial é diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência, porque implica a responsabilidade compartilhada dos casos. Visa, portanto, aumentar a capacidade resolutive da equipe local.

Segundo documento do Ministério da Saúde (2004),

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes... sendo assim, ferramentas indispensáveis para humanização da atenção e da gestão em saúde (p. 14).

Em Natal, a SMS vem investindo nessa experiência e, atualmente, conta com uma equipe de 16 apoiadores que se articulam em duplas e acompanham o trabalho de oito USF. Porém, em Natal existem 32 Unidades de Saúde da Família que demandam acompanhamento do trabalho que realizam. Notamos, portanto, a necessidade de ampliar as equipes de apoiadores para estender a cobertura que, atualmente, vem se realizando.

Com base nesses pontos, insistimos na questão de que é preciso investir na construção de uma rede integrada de atenção à saúde, no reordenamento dos serviços de atenção especializados, para que estejam voltados para a produção e para a identificação de uma rede de lugares de acolhimento no território, no incremento das residências terapêuticas (pois são os equipamentos que têm mais potencial de desconstruir a lógica manicomial). É também necessário investir, maciçamente, na capacitação dos trabalhadores da atenção básica e dos acompanhantes terapêuticos que possam dar suporte aos diferentes serviços, assim como constituir equipes de saúde mental de referência (apoio matricial) para a atenção básica e implementar a supervisão institucional como dispositivo de reorganização da atenção em rede e de materialização da política de saúde mental, escapando dos velhos modelos clínicos presentes no mundo "psi". Todas essas ações podem repercutir clara e diretamente na reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental.

Sobre esse último aspecto, há vasto material literário cujos autores discutem e problematizam a formação, a produção de conhecimento e as práticas do psicólogo no contexto da saúde pública (DIMENSTEIN, 1998, 2000 e 2004; LAZZAROTTO, 2004; MATOS, 2004; LIMA, 2005; BARROS, 2005). Tais trabalhos têm em comum a crítica às teorias e às práticas descontextualizadas, ainda pregnantas no campo, à marca biologicista das concepções de saúde, loucura etc., que norteiam a atuação do psicólogo, à reprodução de modelos técnicos individualizantes, operados por teorias de cunho essencialista, à psicologia atemporal, a-histórica e a-política, orientada pelo desejo de adaptação e adequação do que se encontra fora da ordem. Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) realizaram seminário para refletir sobre a especificidade do foco do exercício profissional, os saberes que orientam as práticas, o fracionamento das tarefas, as questões ligadas às identidades e às características dos agentes da prática profissional, entre outros. Trata-se de uma discussão que o campo precisa operar cotidianamente.

O segundo grupo de problemas/desafios para a política de saúde mental pode ser identificado a partir do relato trazido, no início do texto, a respeito dessa vontade que alguns usuários demonstram de permanecerem hospitalizados e sob a tutela do Estado. Os autores apontaram que, para eles, o hospital representa um local seguro diante dos perigos da cidade, considerada perigosa e hostil à loucura, garante condições básicas de sobrevivência (abrigo, alimentação, roupa limpa etc) e de tratamento de saúde (medicação e assistência). O hospital-albergue, por assim dizer, os protege, também, do retorno ao mundo do trabalho, extremamente competitivo e desigual, bem como da falta de programas e equipamentos sociais que viabilizariam seu acolhimento na vida extramanicomial.

Novamente nos deparamos com argumentos absolutamente pertinentes e legítimos quando sabemos que a grande maioria das pessoas que vive muitos anos confinada em hospitais psiquiátricos tem compromettimentos importantes em termos de suas habilidades e de seu trânsito fora do ambiente hospitalar. Ou seja, é preciso enfrentar a absoluta falta de uma rede de equipamentos sociais – comunitários e familiares - que sirva de base de apoio e de local de acolhimento, diversão e encontro para que as pessoas não fiquem confinadas nas instituições, ou mesmo na família, e

circulem pelas cidades. Nesse sentido, as residências terapêuticas e os acompanhantes terapêuticos são dispositivos potentes para propiciar a inserção do portador de transtorno mental na cidade, para fazê-los circular por outros circuitos, que não os cronificantes.

Tanto a primeira categoria de problemas (referente à dinâmica institucional e à organização do processo de trabalho) quanto a segunda (sobre a ausência de equipamentos de suporte social) não são suficientes para nos fazer avançar na compreensão daquilo que caminha na contramão do processo de reforma psiquiátrica, na medida em que se constitui como obstáculo às equipes e aos gestores. Há algo mais que resiste à desinstitucionalização e que insiste na manutenção da lógica manicomial, aspecto que será abordado a seguir.

O terceiro e último ponto observado para discutir as questões da reinserção dos portadores de transtornos mentais é um desafio que, apesar de estar presente no cotidiano, é pouco palpável porque implica acompanhar movimentos invisíveis não de sujeitos ou de pessoas, mas de “operações estratégicas do desejo” (ROLNIK, 1989). Essa faceta dos problemas/desafios ganha sentido numa indagação spinozana, que poderia servir para nossas reflexões do dia-a-dia: por que as pessoas lutam por sua própria opressão como se estivessem lutando por liberdade? Por que produzimos modos de existência tiranos que fazem com que a hierarquia e a exploração sejam desejadas? Por que costumamos tantas burcas que, mesmo de cores e tecidos variados, são sempre fôrmas-prisões? Por que o desejo investe contra si mesmo e a favor do fortalecimento do *status quo* (ROLNIK, 1989)? Trata-se, então, do enfrentamento de um desejo-escravo presente em nós.

Esses questionamentos nos indicam que somos capturados constantemente pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam também que empreendemos, a todo o momento, processos de institucionalização da vida e que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. Chamamos isso de “desejos de manicômio”. Trata-se de uma lógica; são marcas invisíveis que produzem formas de subjetivações. Segundo Machado e Lavrador (2001), essa lógica se expressa “através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de

oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica" (p. 46).

Entretanto, o mais importante é que essa lógica manicomial não está restrita a um campo específico de práticas. Ou seja, a fabricação desses modos de existência, capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade, à vigilância ininterrupta para não sairmos da ordem, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização é algo que perpassa o cotidiano, que alimenta os modos pelos quais circulam as pessoas nos espaços sociais, nossos atos e formas de pensar. Portanto, não é algo produzido especificamente no contexto da saúde mental; são movimentos que atravessam o *socius*, o tornar-se humano contemporâneo. Isso quer dizer que eles envolvem todos nós; estão dentro e fora dos muros dos hospitais. Nesse sentido, as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem, por si só, a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos.

Ancoramo-nos em Santos (2001) para pensar a reforma psiquiátrica como movimento social mais amplo onde "as formas de opressão e de exclusão contra as quais lutamos não podem ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mas exigem uma reconversão global dos processos de socialização" (p. 261). Ou seja, trata-se de um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego à formas de vida institucionalizadas, em que é preciso produzir "um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão" (ABOU-YD E SILVA, 2003, p. 41), abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação. Ou seja, é fazer a revolução do dia-a-dia dentro e fora dos serviços de saúde.

Diante disso nos perguntamos: contra o que devemos lutar, então? Contra o que precisamos provocar insurreições, inconformações, terrorismo? Alguns inconformados, espalhados pelo mundo, dizem: contra idéias letais e asfixiantes (BEY, 2003), contra o fácil trajeto dos obedientes (PASSETTI, 2004), contra o espírito de rebanho produzido por nós mesmos (CASTELO BRANCO, 2004), contra os desejos de manicômio que

nos atravessam (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2005b), contra os amoladores de faca, sábios, especialistas, pastores da alma, da ciência, da culpa, do medo, que criam a necessidade de tutela de diversas ordens (BAPTISTA, 1999).

Consideramos que nosso desafio para a reinserção social de portadores de transtornos mentais, além de produzir alternativas concretas, em termos de equipamentos, alternativas, serviços etc., seja, principalmente, o de “produzir modos de viver, pensar e sentir” capazes de afirmar a potência de efetuação da vida, a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização a desmascarar tais códigos, revelar os movimentos de apropriação, de exploração, de etiquetamento, de controle e de produção de cronicidade, ou seja, daqueles que buscam manter o manicômio vivo. São exatamente nesses movimentos de insurreição que se encontram as possibilidades de ruptura com o instituído e com as supostas “boas intenções” que não nos permitem ousar, “sair da linha”. Não se trata de estabelecer fórmulas prontas de como agir, de como ser inventivo, tampouco de desqualificar esses aspectos que emperram determinados processos vitais. Ao contrário, o que se pontua é exatamente a impossibilidade de desconhecermos ou não discutirmos o funcionamento de um sistema produtor de subjetividades assujeitadas.

Nosso compromisso é com a participação em um bloco de forças que tenha a potencialidade de romper e gerar estímulos capazes de produzir mudanças na ordem estabelecida, nos modelos de atenção e nas práticas profissionais cronicadas. Trata-se, pois, de ir em busca de milagres em favor do inesperado e do imprevisível que só podem nos tocar se sentirmos o hálito do mundo em nossa pele.

Referências

ABOU-YD, Miriam Nadim & SILVA, Rosimeire. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 40-48.

ALVERGA, Alex e DIMENSTEIN, Magda. Salud mental en la atención básica. Construyendo la integralidad en el Sistema Unico de Salud en Brasil. *Revista Alternativas en Psicología*, México, p. 67-77, 2005a.

_____. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, 2005b, p. 45-66.

BAPTISTA, Luis Antonio. *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus, 1999.

BARROS, Regina Benevides. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.

_____. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 2005, p. 21-25.

BEY, Hakim. *Caos. Terrorismo poético e outros crimes exemplares*. São Paulo: Conrad Editora do Brasil, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humaniza SUS. Equipe de Referência e Apoio Matricial*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: DF, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humanizasus>.

CASTELO BRANCO, Guilherme. A prisão interior. In: PASSETTI, Edson (Org.). *Kafka/Foucault: sem medos*. Cotia: Ateliê Editorial, 2004, p. 33-44.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 95-121, 1998.

_____. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e a humanização da assistência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004.

LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini (2004). A construção de possibilidades na formação do psicólogo: moradas de invenção e acolhimento. IN: NASCIMENTO, Célia Trevisi *et al* (Orgs.). *Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP-07, 2004, p. 59-72.

LIMA, Mônica. Atuação Psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(3), p. 431-440, 2005.

MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5): 1472-1479, 2005.

MACHADO, Leila Domingues e LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade In: MACHADO, Leila Domingues e LAVRADOR, Maria Cristina Campello e BARROS, Maria Elisabeth (Orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

MATOS, Rosângela Luz. A psicologia como prática político-social. In: NASCIMENTO, Célia Trevisi *et al* (Orgs.). *Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP-07, 2004, p. 17-30.

MERHY, Emerson Elias. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial*. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício; OLIVEIRA, Patrícia Conceição Pires; RODRIGUES, Rodrigo Arnaldo. *O dentro e o fora – transcender os*

limites dos "muros institucionais": o relato de situações sobre a relação entre o serviço de saúde mental Dr. Cândido Ferreira e a comunidade. 2002. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>.

PASSETTI, Edson. Pequenas obediências, intensas contestações. In: PASSETTI, Edson (Org.). *Kafka/Foucault: sem medos*. Cotia: Ateliê Editorial, p. 123-138, 2004.

PAULON, Simone; RESENDE, Vera; KNIJINIK, Cristiane; OLIVEIRA, Eler Sandra; ABREU, Maria Conceição. *Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico*. Manuscrito submetido à avaliação na Revista Vivência /UFRN/ CCHLA, 2005.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

The challenge for mental health policy: the social reinsertion of individuals with mental disturbances

Abstract

This paper proposes to contribute to the discussion on the challenges that confront the current mental health policy, as to the social reinsertion of individuals with mental disturbances. It is based on two situations that occurred in Brazilian mental health services that demonstrate the current challenges that the mental health managers and health workers face. It is understood that different actions can have clear and direct results on the social reinsertion of mental service clients. However, we focus on three aspects: the dynamics of the health institutions; the construction of an integrated health care network with reorganization of specialized health services, and the debate on the manicomial logic that encompasses daily services and practices of health professionals.

Key words

Mental health; social reinsertion; integrated care; public policy; mental health disturbances.

Artigo recebido em: 15/2/2006

Versão revisada para publicação recebida em: 8/3/2006

Aprovado para publicação em: 20/3/2006