

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Saúde Mental e Morte [Mental Health and Death]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Combinato, Denise Stefanoni; Ferreira Martins, Sueli Terezinha
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-20 15:02:17
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214484

Saúde Mental e Morte: subsídios para implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica

Mental Health and Death: subsidies for implantation of Palliative Care in Basic Assistance
Salud Mental y Muerte: subsidios para la implantación de Cuidados Paliativos en Asistencia Básica

Denise Stefanoni Combinato*
Sueli Terezinha Ferreira Martins**

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi, a partir de uma revisão bibliográfica, discutir a relação entre os temas “Saúde Mental” e “Morte”, a fim de analisar possíveis contribuições da Reforma Psiquiátrica vinculada à esfera dos Cuidados Paliativos. A atribuição da loucura como problema social está relacionada com o desenvolvimento do modo de produção capitalista. Não atendendo às exigências impostas pelo capital, o louco é excluído da sociedade e trancado em hospitais psiquiátricos para tratar-se. Da mesma maneira, a morte é incompatível com os princípios capitalistas de acumulações de bens. O moribundo, então, é transferido para o hospital para que sua invalidez, não-produção e inexistência de sentido na riqueza sejam escondidas. Algumas premissas para o cuidado em saúde mental que poderiam ser compartilhadas nos cuidados paliativos são: desinstitucionalização; organização da atenção em rede; atenção psicossocial; interdisciplinaridade e construção da autonomia de usuários e familiares. Nesse sentido, destacam-se alguns desafios, entre eles, a formação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Cuidados Paliativos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The objective of this work was, from a bibliographical survey, to discuss the relationship between the subjects “Mental Health” and “Death”, in order to analyze possible contributions of the Psychiatric Reformation tied with the sphere of Palliative Cares. The characterization of madness as a social problem is related to the development of the capitalist mode of production. Unable to fulfill the requirements imposed by capital, insane persons are excluded from society and locked in psychiatric hospitals in order to be treated. In the same way, death is incompatible with the capitalist principles of accumulation of goods. Dying people are then transferred to the hospital in order to hide their invalidity, non-production and felt inexistence of wealth. Some principles for care in mental health that could be shared in the palliative cares are: deinstitutionalization; organization of assistance in a network; psychosocial assistance; interdisciplinarity and construction of the autonomy of family members and users. In this sense, some challenges are distinguished, between them, professional training.

KEYWORDS: Mental Health. Hospice Care. Primary Health Care.

RESUMEN: El objetivo de este trabajo fue, a partir de un examen bibliográfico, discutir la relación entre los temas “salud mental” y “muerte”, como para analizar contribuciones posibles de la reforma psiquiátrica vinculadas con la esfera de los cuidados paliativos. La caracterización de la locura como problema social se relaciona con el desarrollo del modo de producción capitalista. No cumpliendo los requisitos impuestos por el capital, las personas insanas se las excluyen de la sociedad y las aprisionan en hospitales psiquiátricos como para ser tratadas. De la misma manera, la muerte es incompatible con los principios capitalistas de acumulación de mercancías. Entonces transfieren a la gente que se muere al hospital como para ocultar su invalidez, su non-producción y el facto de su privación de bienes. Algunos principios para el cuidado en salud mental que se podrían compartir en los cuidados paliativos son: desinstitucionalización; organización de la asistencia en una red; ayuda sicosocial; carácter interdisciplinario y construcción de la autonomía de los miembros de la familia y los usuarios. En este sentido, algunos desafíos son distinguidos, entre ellos el entrenamiento profesional.

PALABRAS-Llave: Salud Mental. Cuidados Paliativos. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo discutir algumas aproximações entre os temas Saúde Mental e Morte, principalmente no que se refere aos subsídios da Reforma Psiquiátrica para a implantação de Cuidados Paliativos na Atenção Básica.

Para tanto, após uma breve explicação sobre os termos citados acima (Reforma Psiquiátrica, Cuidados Paliativos e Atenção Básica), serão abordados e relacionados em cada área (Saúde Mental e Morte) os seguintes temas: histórico, mudança de paradigma, premissas para o cuidado, saúde mental e cuidados paliativos na Atenção Básica.

* Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva – UNESP/Botucatu. E-mail: denisecombinato@hotmail.com

** Graduação em Psicologia – Universidade Estadual de Londrina. Professora da UNESP/Botucatu. Doutora em Psicologia Social. E-mail: stfm@fmb.unesp.br

PRIMEIROS ESCLARECIMENTOS

O campo da saúde mental tem sido objeto de preocupação em vários países. O mesmo vem ocorrendo no Brasil, com o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhando visibilidade a partir da década de 1980 e com a implementação de uma política pública mais consistente, a partir da aprovação da Lei No. 10.216 em 2001. Na sua base está a crítica contundente ao modelo manicomial, privilegiado durante muitas décadas. A partir de 2001, a ampliação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é evidente e há um esforço no sentido de estabelecer a inter-relação das propostas de desospitalização e desinstitucionalização em saúde mental e atenção básica^{a,1}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada atualmente como estratégia privilegiada para a reorganização da atenção básica em saúde no Brasil, torna-se apoio e dispositivo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, sendo que na área da saúde mental tem caráter substitutivo às instituições psiquiátricas por acolher e assistir ao indivíduo no seu território.

Esse processo culminou na inclusão, a partir de 2005, de indicadores de saúde mental e na edição da Portaria No. 154/2008, com a criação dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), incluindo a recomendação expressa de que os NASF contem com pelo menos um profissional de saúde mental, encarregado de fazer o apoio matricial^{b,2,3}.

Alguns autores apontam princípios em comum entre ESF e atenção à saúde mental: vínculo, desinstitucionalização, acolhimento, desenvolvimento da cidadania, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersectorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional. Estes princípios foram desenvolvidos com base em mudanças estruturais, tanto na saúde pública de maneira geral como na saúde mental especificamente⁴.

No campo dos Cuidados Paliativos, acredita-se que, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde

(SUS), já citados, esses cuidados possam ser incorporados pela Atenção Básica, diante da inexistência de tratamento curativo em serviços especializados.

De acordo com a OMS⁵, o Cuidado Paliativo é uma abordagem que tem como princípio promover a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Isso é feito por meio da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor, além do suporte psicológico e espiritual a pacientes e familiares.

Assim, o foco dos Cuidados Paliativos é cuidar da pessoa e de sua família em uma perspectiva integral, entendendo a morte como parte da vida e promovendo a ortotanásia, ou seja, promover a “arte de bem morrer” (p. 203)⁶, sem abreviação ou prolongamento da vida. Nas palavras de Vidal citado em Pessini (p. 205)⁶, a ortotanásia é a “síntese ética do direito de morrer com dignidade e do respeito pela vida humana”.

Considerando o avanço da implantação da Saúde Mental na Atenção Básica nos últimos anos, este artigo propõe articular os dois temas (Saúde Mental e Morte), a fim de traçar possíveis contribuições para a implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica.

POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES

Durante a Antiguidade e a Idade Média, tanto a loucura como a morte compunham naturalmente o contexto social^{7,8}.

Durante esses dois períodos, os “loucos” viviam livres e, dependendo de sua condição socioeconômica, recebiam um tipo de suporte da família ou da sociedade.

No caso da morte, até o século X, ela fazia parte do ambiente doméstico; parentes, vizinhos, amigos e crianças compartilhavam os últimos momentos do moribundo, que se despedia e expressava seus últimos desejos. A partir do século XII, essa morte “domada” foi substituída pela “morte de si mesmo” (quando o destino coletivo é substituído pela preocupação particular), passando, no século XVIII, pela “morte do outro” (relacionada à morte romântica, com manifestações de exaltação e dramatização da morte, não de si, mas do outro) e chegando,

a. A Atenção Básica “[...] é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (p. 10)¹.

b. O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência; tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico; depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio².

finalmente, no final do século XIX, à “morte interdita”, quando é deslocada para o hospital, sendo escondida e negada⁸.

A atribuição da loucura como problema social está relacionada com o desenvolvimento do modo de produção capitalista. Não atendendo às exigências impostas pelo Capital, o louco é excluído da sociedade e trancado em hospitais psiquiátricos para tratar-se. Da mesma maneira, a morte é incompatível com os princípios capitalistas de acumulações de bens: na presença dela, isso não teria sentido. O moribundo, então, é transferido para o hospital ou até mesmo para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – mesmo sem indicação clínica de encaminhamento para essa unidade – para que sua invalidez, não-produção e inexistência de sentido na riqueza sejam escondidas.

No hospital psiquiátrico ou na UTI, o indivíduo “é destituído de seus vínculos e referências, sendo submetido a um espaço desconhecido, povoado por desconhecidos que pouco ou nada sabem de sua vida”, conforme Campos citado em Alves, Guljor (p. 225)⁹. Ou seja, em um momento de grande fragilidade, o sujeito é privado daquilo e daqueles que constituem sua vida.

Nesses espaços, sob um referencial clássico de medicalização da doença mental e da morte, o cuidado caracteriza-se por procedimentos técnicos e fragmentados com o corpo, na tentativa de curar a doença e vencer a morte.

Com a Reforma Psiquiátrica, a ideia não é simplesmente mudar o tipo de atenção realizada no hospital psiquiátrico ou substituí-lo por outro tipo de serviço. É necessária uma mudança paradigmática no cuidado em saúde mental, ou seja, extrapolar os muros do modelo científico clássico e as barreiras sociais impostas pelo sistema econômico.

De acordo com Amarante¹⁰, “a tradição basagliana [...] traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como ela se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento político” (p. 50-1)¹⁰.

Alves, Guljor⁹ destacam algumas premissas para o cuidado em saúde mental que poderiam ser compartilhadas nos cuidados paliativos: liberdade em negação ao isolamento; enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo nosológico; conceito de Direito

e noção de reparo; integralidade em negação à seleção; agenciador em oposição ao constante encaminhamento.

Em linhas gerais, essas premissas dizem respeito ao direito que a pessoa tem de viver em liberdade, tendo oportunidade de escolher o melhor para si; ser considerada na sua totalidade e também ser cuidada por uma equipe de saúde em uma perspectiva integral, que inclua um acompanhamento contínuo e que tenha como meta a qualidade de vida da pessoa e de sua família. Deve garantir a emancipação, ampliação do poder de trocas e desinstitucionalização, tendo como foco a reconstrução das relações cotidianas, criação de novos sentidos, manutenção e fortalecimento de laços de sociabilidade. Ou seja, deve contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania^{9,10}.

Parafraseando Basaglia, que diz que “o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (p. 17)¹¹, gostaríamos de acrescentar, além de necessidades, direitos. Nessa perspectiva, de necessidades e direitos, o sujeito e o cuidado devem ser compreendidos em sua totalidade, tendo em vista a complexidade presente nas questões relativas à saúde mental e à morte, com possibilidades do indivíduo realizar suas próprias escolhas de tratamento, caminhos e contextos a ocupar, assim como tem o direito de ser respeitado e tratado de maneira digna.

Para se estabelecer as estratégias de intervenção, não basta conhecer o diagnóstico. A simples descrição dos sintomas e história da enfermidade possibilita a restrita intervenção farmacológica. No caso da Saúde Mental, Saraceno, Asioli, Tognoni¹² discutem a necessidade de conhecermos sobre as variáveis “sombra”, ou seja, os recursos individuais do paciente, os recursos do seu contexto social, os recursos do serviço e do contexto do serviço de atenção. Para tanto, o Projeto Terapêutico^{c,13} deve incluir não só o paciente e a família, como também a equipe e a comunidade.

Considerando a importância da participação de familiares, equipe de saúde e sociedade, um dos lemas da Reforma Psiquiátrica é “Por uma sociedade sem manicômios”, pensando não apenas na desospitalização (política

c. O Projeto Terapêutico envolve a elaboração, pela equipe e em conjunto com a pessoa, família ou grupo, de um diagnóstico, não apenas orgânico, mas psicossocial; a definição de metas em curto, médio e longo prazo; a divisão de responsabilidades para atingir as metas; a negociação das propostas com o usuário; e a constante avaliação e redefinição de metas e responsabilidades¹³.

de altas hospitalares), mas principalmente a desinstitucionalização. Para Rotelli¹⁴, a verdadeira desinstitucionalização inclui: a mobilização dos sujeitos sociais envolvidos como atores; a transformação das relações de poder entre os ‘pacientes’ e as instituições; e a produção de estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de 1980, o Brasil passa por um processo de ampliação da Rede Substitutiva e, mais recentemente, de incorporação da Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica.

Por meio da organização da atenção em rede, da atenção psicossocial e do trabalho interdisciplinar, é possível realizar o acompanhamento do indivíduo e de sua família^{15,16}, tanto em Saúde Mental como em Cuidados Paliativos, visando à continuidade da atenção e à constituição de vínculos, além da construção da autonomia e da liberdade.

O desafio para as áreas, embora no caso da Saúde Mental o processo já esteja adiantado, é discutido por Delgado citado em Alves, Guljor⁹: estender as ações “para a imensa rede de serviços, dispositivos e agentes que existem na atenção primária no Brasil” (p. 234)⁹. Acrescentaria, ainda, vinculado tanto à atuação como formação pro-

fissional, outro desafio: superar a dicotomia entre doença e existência; vida e morte.

De acordo com Pitta¹⁷,

o traço fundamental da diferença entre a forma de lidar com a doença e a morte do homem medieval e do homem moderno é a absoluta dissociação que se estabelece hoje entre a vida, sua enfermidade, a naturalidade do adoecer e a fatalidade de morrer (p. 27-8)¹⁷.

Embora a doença seja individual, atingindo “o mundo subjetivo, corporal e íntimo” da pessoa (p. 24)¹⁸ e, muitas vezes, seja analisada exclusivamente do ponto de vista orgânico, ela é construída em um tempo e espaço sociais, ou seja, “as doenças variam conforme as épocas e condições sociais”; são vivenciadas e tratadas de maneiras diferentes, de acordo com o momento histórico (p. 11)¹⁹.

Portanto, analisar ou intervir na doença de maneira isolada, desconsiderando a existência da pessoa, implica o desconhecimento do contexto social em que essa pessoa se constitui(u) e que provocou a doença, e, conseqüentemente, o estabelecimento de um tratamento medicocêntrico e reducionista.

Ampliar a compreensão de doença para existência e de morte para vida, entendendo a morte como parte do desenvolvimento da vida, que inclui tanto perdas e transformações ao longo de sua existência, como o seu próprio fim, pode promover uma maior compreensão e respeito à vida e ao outro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No. 648/GM, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 Fev;23(2):399-407.
3. Brasil. Portaria No. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2008, Seção 1, p. 47-50.
4. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009 Jan-Mar;13(28):151-64.
5. World Health Organization. Palliative care. WHO, 2007. [cited 2009 Ago 18]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
6. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004. cap. 12, p. 181-208.
7. Resende H. Política de saúde mental no Brasil. Uma visão histórica. In: Tundis SA, Costa NR. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1992. cap. 1, p. 15-73.

8. Ariès P. História da morte no ocidente – da Idade Média aos nossos dias. Trad Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003. (Texto original publicado em 1975).
9. Alves DSN, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco; 2008. p. 221-40.
10. Amarante PDC, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995. 136 p.
11. Basaglia F. A psiquiatria alternativa. 3a ed. São Paulo: Brasil Debates; 1982.
12. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1994.
13. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização em saúde. In: Campos GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. cap. 26, p. 837-68.
14. Rotelli F. A Instituição inventada. In: Rotelli F, Nicácio F, organizadores. Desinstitucionalização. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
17. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1999. 198 p.
18. Canesqui AM. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM, organizadora. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec / FAPESP; 2007. cap. 1, p. 19-51.
19. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da Medicina. Trad L. Pelegrin. Bauru (SP): EDUSC; 2001.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Elias N. A solidão dos moribundos. Trad P. Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública. 2007 Set;23(9):2072-80.
- Rodrigues JC. O tabu da morte. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. [Coleção Antropologia e Saúde]
- Silva Filho JF. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis SA, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1992. cap. 2, p. 75-102.

Recebido em: 24 de março de 2011.
Versão atualizada em: 20 de abril de 2011.
Aprovado em: 30 de maio de 2011.