

Reforma Psiquiátrica

O investimento na saúde mental

Aldeli Carmo¹

Taciane Maia²

*A vida muda como a cor dos frutos
lentamente e para sempre*

*A vida muda como a flor em fruto
velozmente*

(...)

*não basta um século para fazer a pétala
que um só minuto faz ou não*

mas

a vida muda

a vida muda o morto em multidão

1

Aldeli Carmo é assistente social, gerente da área de saúde, inclusão e bem-estar no CIEDS.

2

Taciane Maia é psicóloga, supervisora de monitoramento em projetos na área de saúde no CIEDS.

Dentro da noite veloz, Ferreira Gullar

O mundo abriu uma grande discussão sobre os transtornos mentais quando deixou de considerar que a loucura era um problema privado das famílias. Os “loucos”, geralmente isolados e considerados pessoas que apresentavam riscos para os outros a sua volta, passam a ser vistos a partir de novo pensamento crítico, conduzido pela necessidade de reforma no modelo manicomial de tratamento. Historicamente, a sociedade foi identificando diferentes contextos, estratégias e formatos de tratamento e cuidado aos loucos ao longo dos séculos. Estas estratégias têm seus primeiros registros na Grécia antiga e seguem até o surgimento da psiquiatria e do hospital psiquiátrico da modernidade. No Brasil, como no resto do mundo, por muitas décadas os pacientes com transtornos mentais viviam internados em hospitais e as práticas também eram de confinamento, contenção com correntes e camisas de força, choque elétrico e lobotomia.

Esse modelo começa a sofrer mudanças no período da II Guerra Mundial, quando os hospitais psiquiátricos e os métodos aplicados por eles passam a ser questionados, denunciados pela privação de liberdade e a violação de outros direitos humanos.

Paulo Amarante destaca que:

“as esparsas referências que se tem sobre a ‘clientela’ dos hospitais psiquiátricos do final do séc. XIX e início do séc. XX acusam que esta estava entre os miseráveis espalhados pela cidade, índios, negros ‘degenerados’, trabalhadores, camponeses, mendigos, desempregados, retirantes, ou seja, os considerados perigosos para a ordem pública e a sociedade de bem, encontravam-se longe de oferecer riscos ou apresentar transtornos mentais efetivos. Como determinava o plano político da medicina social, era preciso conter e vigiar os indesejáveis, garantir segurança e limpar/higienizar o espaço público.”³

Na Europa, a luta pela garantia de direitos inicia o processo da reforma psiquiátrica italiana na década de 60, defendida pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). A reforma percorre a trajetória de intervenção multidisciplinar para o

³
<http://justificando.com/2015/05/07/arthur-bispo-do-rosario-louco-genio-na-contramao-manicomial/>

tratamento da pessoa com sofrimento mental, com base no *“cuidado asilar, nas Comunidades Terapêuticas e na Psiquiatria de Setor”*, que se desenvolverá para um modelo antimanicomial, no qual *“o sujeito retoma a sua capacidade e estabelece relações contratuais. Vai da produção do sujeito alienado e incapaz, a um protagonista, desejante, construtor de seus projetos de vida”*⁴. Trata-se de um movimento desafiante e possível para o chamado processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, que demanda alto investimento dos trabalhadores, familiares, usuários e da sociedade como um todo. Esse modelo se tornou o referencial brasileiro de assistência à saúde mental, cuja reforma teve início na década de 70.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, contemporânea à Reforma Sanitária começou com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, a partir das denúncias ao modelo oficial de caráter privatizante, hospitalocêntrico e segregador. A defesa era pelo direito do exercício da cidadania dos loucos, que viviam em instituições totais, privados de liberdade. O movimento contou com o I Congresso de Saúde Mental, ocorrido em São Paulo em 1979 e se fortaleceu bastante na década de 80, com destaque para o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, em maio de 1987, que criticava a desinstitucionalização como desospitalização. Com a participação de familiares e de pessoas com transtornos mentais, tendo como lema *“Por uma Sociedade sem Manicômios”*, o congresso discutiu propostas de intervenções comunitárias, reduzindo a hospitalização. Ainda em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a esteio da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na luta pela promulgação de um Sistema Único de Saúde. A I Conferência Nacional de Saúde Mental contou com 176 delegados e recomendou a *“priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica”*. Nessa época, houve poucos resultados práticos devido à burocracia estatal e à resistência da Federação Brasileira dos Hospitais.

A inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Professor Luiz Cerqueira, localizado na Rua Itapeva, em São Paulo, acontece também em 1987 e representava, na prática, a crítica à insuficiência do binômio ambulatório-internação para os casos graves de transtornos mentais. O CAPS constitui um serviço de saúde aberto e comunitário, substitutivo às grandes instituições. É o local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, que podem receber atenção diária e personalizada em liberdade.

Em meio a tantas lutas, em 1988 é promulgada a Constituição do Brasil, garantindo a todos o direito à saúde e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) - momento muito favorável para o desenvolvimento no país, com movimentos para construção de políticas inclusivas em vários setores.

4

Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do aprendiz 8 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. - Aracaju: FUNESA, 2011. Cap 2, pag. 25.

Em 1989, a cidade de Santos, em São Paulo, desmonta o manicômio Casa de Saúde Anchieta e os usuários passam a ser atendidos no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), serviço substitutivo como o CAPS, e são organizadas moradias para essas pessoas no território. Começa a se definir aí um caminho concreto para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No mesmo ano, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/89 (Lei Paulo Delgado – PT/MG), para impedir a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público; garantir o direcionamento dos recursos públicos à criação de equipamentos não manicomial; e instituir a comunicação obrigatória das internações involuntárias à justiça. A experiência exitosa de Santos e a Lei Paulo Delgado foram marcos na trajetória da Saúde Mental que, a partir daí, define os processos da desinstitucionalização.

Três anos depois, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental se inspira na Conferência de Caracas - OPAS (1990), que na reunião dos países da região definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, redirecionando a assistência para serviços de base comunitária e as internações para os hospitais gerais. Essa Conferência contou com etapas municipais, estaduais e federais e foi a primeira a contar com participação expressiva de usuários e familiares, que totalizaram 20% dos participantes. As discussões foram pautadas na ênfase da cidadania e dos direitos humanos, considerando as conferências anteriores, com redirecionamento da atenção de base comunitária, apresentando noções de território e responsabilização.

Experiências de serviços de base comunitária são identificadas, no cenário de intenso movimento social, com a criação de Associações de Usuários e Familiares de Saúde Mental, o que fortalecia a luta pela garantia de direitos dos usuários da saúde mental no país.

Nos anos 90, sete estados brasileiros – Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal – promulgaram leis inspiradas na Lei Paulo Delgado.

O Ministério da Saúde inicia o financiamento, normatização e implantação dos novos serviços substitutivos em nível nacional a partir de 1991. Nesse período, constata-se ampliação do número de CAPS, porém lenta redução de leitos, fechamento de hospitais psiquiátricos e incentivo financeiro para implantação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais.

Somente em abril de 2001, no entanto, é promulgada a Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamenta as internações e reorienta o modelo assistencial em saúde mental na direção de um modelo comunitário de atenção integral, que prevê a integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema onde as unidades funcionem de forma articulada e in-

tegrada. Confirma-se legalmente o processo de desinstitucionalização no Brasil, uma importante e concreta resposta à luta antimanicomial.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar sim. Excluir não”, ocorrida em dezembro de 2001, menos de um ano após a promulgação da Lei 10.216 foi um dos marcos mais importantes para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois consolida a reorientação do modelo vigente, ganhando respaldo social, político e jurídico.

O relatório dessa Conferência representa o trabalho coletivo de usuários, familiares, trabalhadores e gestores do SUS. Na etapa municipal, estima-se a participação de trinta mil pessoas; na estadual, vinte mil. Todos os 27 estados do Brasil realizaram a etapa estadual e a etapa nacional, em dezembro de 2001, em Brasília, que contou com a participação de aproximadamente 1.700 pessoas. O relatório apresenta claramente a definição da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, incluindo, além dos CAPS e leitos de Saúde Mental, o Programa de Volta para Casa⁵, Residências Terapêuticas, Economia Solidária e propostas de inclusão social pelo trabalho.

A noção de Reforma Psiquiátrica passa a abranger não apenas o movimento social, mas também uma política de Estado, com a publicação de portarias definindo os serviços e ações com repasse de recursos aos municípios e estados como incentivo e custeio para a implantação da rede de saúde mental substitutiva.

O Brasil avançou, mas muitos desafios ainda existem, o que nos acena um longo processo a ser percorrido na luta pela reversão da atenção em saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial teve como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, ocorrida de 27 de junho a 01 de julho de 2010, nove anos após a III Conferência. Essa última conferência nacional de saúde mental reafirma o caminho para a reversão do modelo de atenção em saúde mental. Estima-se a participação de 46 mil pessoas nas etapas municipal, estadual e nacional. Nessa época, o Brasil já investia mais recursos na rede extra-hospitalar, dado o processo de desinstitucionalização com fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e expansão da rede substitutiva. Acredita-se que a chamada para a corresponsabilidade dos demais setores com vistas ao avanço da Reforma Psiquiátrica viabilizou a formação do compromisso na construção de redes efetivas nos territórios.

Foram trabalhados três eixos nessa conferência:

- Eixo I** - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;
- Eixo II** - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais;
- Eixo III** - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

5

Programa de Volta para Casa - Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003. Regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longo período de internação psiquiátrica. Seu objetivo é contribuir para o processo de inserção social dessas pessoas, sendo facilitador de um convívio capaz de assegurar o bem-estar integral e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. O Programa ainda forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais institucionalizadas, em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania.

No contexto da construção de redes, a Rede de Saúde Mental passa a ser prioritária para o Ministério da Saúde, e em 2011, por meio da Portaria nº 3088/MS, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. A Portaria propõe o desenho da rede de saúde mental e traz importante incremento de recursos federais para os serviços e ações. Para além de incentivos de implantação, os Serviços Residenciais Terapêuticos, quando habilitadas pelo MS, passam a receber recursos mensalmente do governo federal.

No entanto, ainda é preciso avançar com a Rede de Atenção Psicossocial⁶ - RAPS. A rede é norteada por diretrizes que garantam a continuidade dos serviços em consonância com o SUS: “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, combate a estigmas e preconceitos, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.”⁷

Sabemos dos vínculos rompidos, da violência, do abandono e das vulnerabilidades presentes nas relações familiares de pessoas com transtorno mental. Entretanto, não é mais aceitável a exclusão, a reclusão e o estigma aos “loucos”. Também não é possível conduzir esse processo somente com o retorno dos ex-internos às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de absorver e lidar com a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o seu familiar com transtorno mental. Muitas dessas pessoas institucionalizadas por longos períodos podem não conseguir resgatar seus vínculos com os familiares; para outras, os vínculos não existiram e em algumas situações ainda há dificuldade na localização dos familiares.

Nesse contexto, foram pensadas as Residências Terapêuticas para viabilizar a moradia dessas pessoas no território e não mais permanecerem confinadas em hospitais psiquiátricos. As RTs, na RAPS, estão no componente da Desinstitucionalização, onde há também estratégias de reabilitação social, como as iniciativas de geração de trabalho e renda. A proposta é a construção de uma Rede de Serviços territorial que corresponda à complexidade das situações e diversidade de histórias.

A saúde mental em rede funciona desde o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mesmo com a insuficiência de serviços, por vezes custeados com incentivo da União como os CAPS, leitos de saúde mental em hospitais gerais, dentre outros. No município do Rio de Janeiro, potentes dispositivos apresentavam-se no território realizando o cuidado em liberdade na década de 2000, a exemplo, as RTs e as Moradias Assistidas, custeadas integralmente pelo município.

6

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, para criação, ampliação e articulação da atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Objetiva ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, garantir a adesão e vínculo dos usuários e suas famílias as referências de atenção e articulação de saúde no território, por meio do cuidado, acolhimento, acompanhamento e da atenção às urgências, bem como visa à promoção dos cuidados em saúde a grupos vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção e redução de danos; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia e; ainda, inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersectoriais, entre outros.

7

Fonte: Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento – Brasília – DF 2013