

Seção 1

Construção histórica, política e cultural
do transtorno mental no Brasil.

Discutiremos, inicialmente, alguns conceitos que consideramos fundamentais para que você se sinta apto a construir o mapa contextual de saúde mental do seu território. Concomitantemente, procuraremos contribuir com a construção de seu mapa conceitual, ressaltando algumas palavras ou expressões em **negrito**.

Entendemos que a compreensão desses conceitos e a análise da realidade da atenção em saúde mental no seu território são fundamentais para que sejam discutidas e elaboradas estratégias de intervenção. Iniciamos, portanto, pela discussão do modelo de atenção em saúde mental.

Ao final desta seção, a nossa expectativa é de que você seja capaz de demonstrar que alcançou os seguintes objetivos:

- Discorrer sobre o processo histórico da atenção à saúde mental no Brasil.
- Relacionar os princípios e objetivos da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.
- Discorrer sobre as políticas e o modelo assistencial para a saúde mental preconizados pelo SUS.
- Compreender a multicausalidade do adoecimento psíquico.
- Sugerir ações que contribuam com uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária.

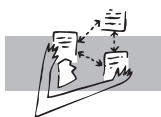
Parte 1

Modelo de Atenção em Saúde Mental

Todo modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o aspecto técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses e as necessidades da sociedade, o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos sistemas públicos. Isso implica um processo de contínua criatividade voltado para as necessidades mutáveis dos usuários, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços. Para Merhy (1991, p. 84), “ao se falar de **modelo assistencial** estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”.

É por meio da definição de um modelo assistencial que elaboramos as ações de saúde a serem desenvolvidas, delimitamos o seu universo de atendimento, traçamos o perfil dos profissionais e os objetivos a serem alcançados. O modelo é, portanto, a mola mestra para a organização e o direcionamento das práticas em saúde. **Caso sinta necessidade, reveja o mapa conceitual que você elaborou para o Módulo 2 – Modelo assistencial e Atenção Básica à saúde.**

Em saúde mental, precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e a de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, se há o compromisso do município de promover ações intersetoriais possibilitando novas formas de inserção sociofamiliar, etc. Esses são alguns aspectos que caracterizam o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que, também, contemplam os princípios propostos pelo Movimento da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira.



Atividade 1

Com o intuito de introduzi-lo nas políticas de saúde mental e modelos assistenciais preconizados hoje pelo SUS, leia os capítulos 2 e 3 da linha-guia “Atenção à Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

O texto está disponível na plataforma do curso e no site <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>>. Após a leitura, **escreva um texto que caracterize o modelo de atenção à saúde mental de seu município**. Para auxiliá-lo, propomos as seguintes perguntas orientadoras:

1. Quais são os princípios que norteiam o modelo de atenção adotado em seu município?
2. O hospital psiquiátrico ainda tem papel relevante a cumprir? Se positivo, em quais circunstâncias?
3. Quais são os dispositivos existentes em seu município para a atenção em saúde mental de usuários graves em crise? Esses dispositivos são resolutivos e atendem o usuário dignamente?
4. Qual é o papel da Atenção Básica no modelo proposto em seu município?

Consulte, no cronograma da disciplina, os encaminhamentos solicitados.

Na sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais difícil praticar a ciência na certeza da estabilidade e do enquadramento. Somos, cada vez mais, propensos a entender os fenômenos de nossa vida cotidiana como algo em constante transformação e movimento.

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem sua origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual nos direciona, com mais frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, cultural, biológico, econômico e psíquico. Entretanto, ainda existe a tendência a buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância. Mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre, considerando a classe social do indivíduo.

Não podemos reduzir a saúde mental à ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida. Nesse sentido, Merhy (1998, p. 40) afirma que a saúde “é um valor de uso para o usuário, que a representa como algo útil por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo de um modo autodeterminado e dentro de seu universo de representações”.

Pense nisto...

Explicar a origem e o curso da doença referenciando-os apenas no biológico é fechar os olhos para a inserção do sujeito na cultura e nas redes de relações sociais das quais participa como produtor e como produto.

Todo estado de saúde e doença é determinado, portanto, pela cultura na qual o sujeito se insere. Para Foucault (1978, p. 186), “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”. Portanto, a maneira como entendemos e lidamos com a **saúde e o transtorno mental** está inscrita no mundo social-histórico e é definida pela cultura e legitimada pelo senso comum. Nas relações que o sujeito mantém com o seu grupo e classe social é construída uma rede de significados que apontam a saúde e a doença como construções de sua cultura.

Dicas para delimitar o mapa contextual de Saúde Mental no seu território

Partindo da premissa de que o adoecimento psíquico é geralmente multicausal, ou seja, é resultante de fatores biológicos, sociais, culturais, é fundamental que a equipe de Saúde da Família conheça bem a comunidade onde atua. Nesta atividade, queremos que você sistematize o conhecimento que tem sobre a sua comunidade. Para tanto, faça um texto descrevendo-a de forma sucinta. Para ajudá-lo, sugerimos as seguintes perguntas norteadoras:

1. Trata-se de uma comunidade mais fechada ou aberta aos que veem de fora?
2. Mais liberal ou conservadora em relação aos seus valores?
3. Como se organizam os núcleos familiares, amplos ou pequenos?
4. Trata-se de uma comunidade pacífica ou com altos índices de violência?
5. Como está o desenvolvimento socioeconômico?
6. Como é o nível educacional das pessoas?
7. Há fatores ambientais e de trabalho que possam comprometer a saúde mental das pessoas?
8. Você e sua equipe conseguem estabelecer relações entre o adoecimento psíquico da população e os elementos de risco e a vulnerabilidade identificados? Como e quais são essas relações?

Parte 2

História da loucura - algumas considerações

Na época da criação do hospital psiquiátrico, buscou-se transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participar do processo capitalista vigente. A criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico – que reorganizaria o louco como sujeito da razão – promovendo o enquadramento das pessoas em um padrão de conduta socialmente aceita.

Dessa maneira, o velho hospital psiquiátrico traz para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, o ideal de normalidade para sobreviver. Nessa instituição, o sujeito é despido das concepções existentes no mundo exterior e no seu mundo doméstico. Passa a existir o mundo institucional, com suas leis, normas, privilégios e castigos.

A admissão em uma **instituição total** é marcada por significativa mutilação do sujeito. Despojado de seus bens, de suas vestes e de sua identidade, o internado passa a ser mais um no meio de tantos outros e aprende a conviver com um anonimato forçado, que lhe tira a voz e o poder de decisão. Daí para frente, seu destino será traçado pelos dirigentes da instituição, sem qualquer preocupação com a singularidade de cada um, pois existe, nas instituições totais, uma norma racional única.

Goffman (1992, p. 11) define uma **instituição total** como “um local de residência e trabalho onde um elevado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”.

Para esse autor, são características dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado com o mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente; a grande distância social entre internados e dirigentes; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição; e, sobretudo, a detenção do poder pela equipe dirigente. Podemos citar como instituições totais os hospitais psiquiátricos, os asilos, os campos de concentração, as prisões e os conventos.

A intimidade do internado é frequentemente violada pela presença do outro, pois ele nunca está completamente sozinho, está sempre em posição de ser visto por alguém. Os quartos e banheiros que não se trancam, o uniforme que marca o poder institucional sobre a pessoa, a impossibilidade de estar só, o compartilhamento de um espaço com pessoas nunca antes vistas são exemplos da violação da liberdade e da autonomia do internado.

As atividades mais corriqueiras, como barbear-se, ir ao banheiro, a liberdade de ir e vir e o uso de talheres para se alimentar, são restritas ao poder de outras pessoas que podem ou não lhe fornecer os instrumentos necessários para a realização dessas atividades. A vida do internado é norteadada por uma sanção vinda de cima e, dessa maneira, violenta-se a autonomia do ato.

O tempo institucional “tem um significado diferente do tempo aqui fora. O relógio do tempo interno são as tarefas da enfermagem, a alimentação, as restrições e as permissões” (MIRANDA, 1994, p. 129). O tempo, portanto, é organizado para atender às necessidades da instituição e não às do doente. A rotina organizada possibilita que a equipe dirigente tenha total controle da instituição e não venha a se sentir ameaçada pelos “incidentes” que possam surgir.

Nesse sentido, a criação da categoria de transtorno mental, no século XVIII:

Traria consigo, como uma marca congênita, o movimento da exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido uma solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres, são aliens, alienados (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 118).

Glossário

Exclusão implica a ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompem-se os vínculos que conferem ao indivíduo a sua identidade social.

Para saber mais...

Para melhor compreensão de como funcionava o hospital psiquiátrico antes da Reforma da Assistência Psiquiátrica, sugerimos que você assista ao curta-metragem – “Em nome da Razão” – do cineasta Helvécio Raton. Trata-se de um documentário importante, de muita repercussão artística e social, produzido no final da década de 1970. A instituição total abordada é o Hospital Colônia de Barbacena. Essa instituição, atualmente, encontra-se bastante diferente do que é mostrada no filme, fruto de um intenso movimento de reforma do modelo assistencial ocorrido naquela cidade nos últimos 30 anos. Esse vídeo está disponível na biblioteca virtual do curso.

Para Escorel (1999, p. 81):

A exclusão social significa o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum topos social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária [...] a ausência de lugar envolve uma “anulação” social, uma diferença desumanizadora, que reveste seu cotidiano com um misto de indiferença e hostilidade.

A autora define as unidades de pertencimento como unidades sociais que constituem os âmbitos de referências materiais e simbólicas dos indivíduos. Seriam constituídas por um grupo social no qual o indivíduo se percebe como integrante, identificando-o como um lugar “seu”.

Para a mesma autora (1999, p. 260), “a exclusão social só é reconhecida por aquilo que não é, só é definida por aquilo que lhe falta”. No caso do transtorno mental, a falta atrela-se à razão, à vontade, à produção. Assim, a reabilitação psicossocial do doente mental só será possível se constataremos que os loucos “não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade” (BIRMAN, 1992, p. 88).

As políticas de saúde são criadas para minorar as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços que existem em nosso país. No Brasil, a segregação e exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o fim da década de 70. Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca da cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de transtorno mental. Para tanto, a participação de profissionais de saúde no movimento pela Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira foi fundamental, como veremos adiante.

Parte 3

Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira breve relato

No final da década de 1970, foi organizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No seu início, o MTSM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados seja nas denúncias ao modelo oficial, de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico, seja na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização (AMARANTE, 1996, p. 15).

Inspirado pelo modelo de reestruturação psiquiátrica italiana, o MTSM buscou:

Constituir-se em espaço de luta não- institucional, em lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 58).

É importante frisar que a Reforma da Assistência Psiquiátrica surgiu no bojo da Reforma Sanitária, a qual lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a **Reforma da Assistência Psiquiátrica** organizou-se como um movimento social independente que incluiu em seus princípios “o desenho de um novo modelo de serviços que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço” (BARROS, 1996, p. 1).

Essa luta pela cidadania necessita de redefinição política e ética do espaço público que garanta o direito à diferença pautada no direito de não sermos iguais uns aos outros, de termos nossas próprias indagações, escolhas e projetos; direito a sermos sujeito.

Corroborando essa afirmação, Saraceno (1999, p. 18) afirma que “a cidadania do usuário psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais; e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível”.

Em síntese...

Foi na década de 1970 que se consolidou o movimento denominado Reforma Sanitária, caracterizado não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos nela envolvidos, mas, ainda, por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, marcado pelo caráter centralizador, de nível federal, e por um modelo hospitalocêntrico de atenção. Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, esse movimento social intensificou-se e a discussão sobre o projeto da Reforma Sanitária criou vulto.

As principais propostas do **Movimento da Reforma Sanitária**, explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde – universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social –, foram incorporadas ao texto Constitucional nos artigos 194 a 196 e regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS pode ser definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999, p. 11). Esse sistema, portanto, define normas, princípios e diretrizes para a atenção à saúde em todo o país, inclusive na área de saúde mental.

O movimento preconizado pela Reforma da Assistência Psiquiátrica vem cumprir um importante papel nas transformações ocorridas na assistência prestada ao doente mental. Esse movimento é definido por Amarante (1995, p. 91) como “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

A atual **Reforma da Assistência Psiquiátrica** vem se contrapor ao modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental. Rompendo paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial, inserindo novos atores em sua história, ela surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na área da saúde mental. Contudo, apesar das várias inovações nos modos de tratar e cuidar do doente mental, o hospitalocêntrico de atendimento ainda é o modelo de assistência hegemônico existente no Brasil. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio.

A superação do aparato manicomial implica, sobretudo, a desestruturação de velhos fazeres e saberes sobre a loucura, no aprendizado do novo, na possibilidade da convivência, no estar fora. O caminho é longo e requer analisar as diferenças e as reais condições socioeconômicas e afetivas existentes em cada família, em cada comunidade.

Percebemos, hoje, no país, desenvolvimento desigual das ações propostas pela Reforma da Assistência Psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras, mas já fica evidente um modelo de atenção centrado cada vez menos no hospital psiquiátrico. Os serviços não hospitalares cresceram sobremaneira na última década, apesar de ainda serem insuficientes para atender à demanda existente. A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO *et al.*, 2001, p. 10).

Além dos serviços governamentais, as organizações não governamentais se apresentam como recursos comunitários valiosos para a saúde mental, trazendo soluções inovadoras no âmbito local. Elas se mostram, muitas vezes, mais sensíveis às realidades dos municípios do que os programas de governo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Desviat (1999, p. 150) enfatiza que a originalidade da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira, em relação às reformas que aconteceram em outros países, “está na forma de integrar no discurso

Para refletir...

O processo de elaboração de uma política de saúde mental deve incluir diferentes interessados (usuários, familiares, profissionais), fixando prioridades e definindo objetivos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e estabelecendo os recursos disponíveis. Esse levantamento das necessidades da comunidade deve:

- a) identificar os determinantes psicossociais dos transtornos psíquicos;
- b) realizar o levantamento dos recursos e dos serviços existentes;
- c) detectar os grupos vulneráveis que apresentam necessidades especiais de assistência em saúde mental (crianças, idosos, adolescentes, mulheres).

Pense nisto...

Embora o estigma e a discriminação acerca do transtorno mental tenham origem na comunidade, não podemos nos esquecer de que essa mesma comunidade pode se transformar em importante recurso para a reabilitação psicossocial do doente mental.

O papel da comunidade pode variar da promoção do esforço individual e da ajuda mútua ao exercício de pressão em prol de mudanças na atenção e nos recursos para a saúde mental, ao desenvolvimento de atividades educativas, à participação na monitoração e avaliação da atenção e à advocacia em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001, p. 136).

civil, na consciência social a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais”. Não basta, portanto, desconstruir espaços, criar novos espaços, mas, sobretudo, inventar novas formas de lidar, conviver e tratar a loucura na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias. Enfim, em todos os lugares que dizem respeito ao sujeito e à sua vida.

Segundo Desviat (1999), alguns problemas têm dificultado o processo de desinstitucionalização do doente mental. Esses problemas variam em grau de dificuldade conforme os países e as regiões, mas podem ser considerados comuns ao movimento em todo o mundo. São eles:

- Os recursos econômicos têm sido insuficientes para o desenvolvimento dos programas comunitários.
- A saída dos usuários dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pela equivalente transferência de verbas para a criação dos serviços não hospitalares que vêm acontecendo em ritmo lento, devido, sobretudo, à crise de financiamento do sistema de saúde. A desativação dos leitos hospitalares não se faz acompanhar da alocação eficiente de equipamentos extra-hospitalares.;
- Os programas de saúde mental comunitária não foram projetados para atender aos usuários crônicos dos hospitais psiquiátricos. Acreditou-se, no início da reforma, que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Entretanto, o que se observou foi a manutenção de um núcleo rígido, resistente aos programas de reabilitação e carente de um meio protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma moradia assistida.
- A sociedade não está preparada para receber os usuários desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos usuários e muito poucos para a modificação das crenças e dos preconceitos da sociedade em relação ao doente mental.

- O planejamento é deficiente e inexistente uma gestão unificada dos recursos públicos. É importante salientar que a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira não vai acontecer de forma semelhante em todas as regiões de um país com imensas desigualdades sociais, econômicas, culturais e profissionais. Certamente, os serviços não hospitalares estarão alocados, em maior quantidade, nas regiões mais ricas do país.
- Os serviços sociais e os recursos alternativos, que centram suas ações nas necessidades mutáveis dos usuários, são carentes.

Resumindo

Até o momento, discutimos sobre o modelo assistencial calcado no tratamento em instituições de perfil totalitário e a forma de abordar o binômio saúde–transtorno mental que gerou, ao longo de um século e meio, a exclusão social de uma parcela significativa dos portadores de transtornos mentais. Verificamos, também, que nos últimos 30 anos o Brasil tem construído um novo modelo assistencial calcado na desinstitucionalização dos usuários asilados e na promoção da inclusão social. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma da Assistência Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.

