

Unidade 1

Construção histórica, política e cultural
do transtorno mental no Brasil

UNIDADE 1

Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil

Apresenta conceitos fundamentais para construção do mapa conceitual e contextual de saúde mental no território, dado que a compreensão desses conceitos e a análise da realidade da atenção em Saúde Mental são fundamentais para a elaboração de estratégias de intervenção.

Ao final desta unidade, 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.
- analisar as políticas e o modelo assistencial para a Saúde Mental preconizados pelo SUS.
- compreender a multicausalidade do adoecimento psíquico.

Seção 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 das pessoas, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços. Segundo 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.

Em saúde mental, precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas demandas da pessoa, 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.

Na sociedade contemporânea, a ciência não é certeza de estabilidade. Cada vez mais, as diferentes sociedades tratam os fenômenos da vida cotidiana como processos em constante transformação e movimento.

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual direciona, com mais frequência, a caminhos diversos: 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 consideramos o contexto sociocultural em que ela ocorre.

A saúde mental não pode ser reduzida à ausência de transtornos psíquicos, uma vez que é a saúde mental que fornece a identidade social, a 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”.

Portanto, a maneira como entender e lidar 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 aponta a saúde e a doença como construções da cultura.

Quadro 1 - Atribuições comuns aos diversos membros da equipe

Partindo da premissa de que o adoecimento psíquico é geralmente multicausal, ou seja, é resultante de fatores biológicos, sociais e culturais, é fundamental que a equipe de Saúde da Família conheça bem a comunidade onde atua. Nesta atividade sistematize o conhecimento sobre a comunidade do território de atuação da eSF. Para tanto, faça um texto sucinto no qual essa comunidade seja descrita. Perguntas norteadoras:



Seção 2

Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira: breve histórico



No Brasil, a segregação e a exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o fim da década de 1970, o que implicou na ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompeu-se os vínculos que conferem ao indivíduo sua identidade social. Aquela época, o tratamento psiquiátrico, especialmente dos transtornos mentais mais severos, se restringia à assistência hospitalar. Nos últimos 40 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.

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 repercussão artística e social, produzido no final da década de 1970. A instituição abordada é o Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fruto do intenso movimento de reforma do modelo assistencial ocorrido no Brasil, nos últimos 40 anos essa instituição, atualmente, encontra-se bastante diferente do que é mostrado no filme.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001414>>

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

No seu início, o MTSM buscava 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).

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 necessitava de redefinição política e ética do espaço público que garantisse o direito à diferença pautada no direito de não sermos iguais uns aos outros, de termos nossas próprias indagações, escolhas e projetos no direito a ser 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.

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, especialmente relacionada ao atendimento de crianças e adolescentes e dos problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. Há pelo menos duas décadas, a 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).

PENSE NISSO!

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).

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 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 da diferença na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias. Enfim, em todos os espaços 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 as pessoas desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento das pessoas e muito poucos para a modificação das crenças e dos preconceitos da sociedade em relação ao doente mental.
- O planejamento é deficiente e inexistente 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.

PARA SABER MAIS!!!

Para melhor compreensão de como funciona uma **Rede de Assistência Integrada de Saúde Mental**, que foi organizada a partir do fechamento de um hospital psiquiátrico de baixa resolução e precárias condições de atendimento, assista ao vídeo que descreve a **experiência do Município de Sobral no Ceará**.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. **Disponível em:** <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001374>>

Resumindo:



Nos últimos 40 anos o Brasil tem construído um modelo assistencial baseado na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, antes asilados em hospitais psiquiátricos. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma da Assistência Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.