

O NASCER DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Francisca Borges

RESUMO

O referido artigo traz como objetivo fazer uma retrospectiva do caminhar da reforma psiquiatria e sua relação com a loucura e saúde mental no Brasil, focando o estado do PI especificamente a capital de Teresina. Tecendo uma análise crítica dos pensamentos e serviços oferecidos antes da reforma; incluindo pontos positivos e negativos de todo este processo.

PALAVRAS CHAVE: Loucura; Reforma psiquiátrica, CAPS.

ABSTRACT

The article has as objective to do a retrospective of the journey of reform psychiatry and its relation to madness and mental health in Brazil, focusing on the state of the PI specifically its capital Teresina. Weaving a critical analysis of ideas and services offered before the reform, including positive and negative points of this whole process.

KEYWORDS: Madness; Psychiatric Reform; CAPS.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como fundamentação um estudo bibliográfico, onde mostra a história da loucura; o início da reforma psiquiátrica no Brasil e Teresina os tipos de serviços substitutos; relatando sua importância e forma de atuação neste processo. Estes serviços estão regulamentados pela Portaria GMW nº 106, de 11/02/2000. (M. S. Pacto pela saúde, 2006). A história da reforma psiquiátrica esta sendo construída em longo prazo; compreende se então que estes Serviços alternativos são os pilares para o caminhar da reforma psiquiátrica. Trás também no seu decorrer pontos vem conscientizar que esta luta antimanicomial não acontece de forma individual, restrita, mas sim em uma rede construída por profissionais, familiares, sociedade onde todos buscam e constroem juntos os objetivos propostos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

HISTORIA DA LOUCURA

NA GRÉCIA ANTIGA

A loucura era vista como manifestação dos deuses, aqui o louco era reconhecido e valorizado socialmente. Neste período as palavras ditas pelo louco eram como um importante saber capaz de interferir no destino das pessoas.

ÍNICIO DA IDADE MÉDIA

Faulcoult nos fala da historia da loucura, mas para se falar da loucura é necessário primeiro fazer uma retrospectiva sobre como era compreendido o processo de exclusão e a criação dos leprosários; o qual foi criado para excluir, e não com o objetivo de tratamento. Com o desenrolar do momento histórico os leprosários iam gradativamente desaparecimento; mas logo foi preenchido por pessoas que não contribuía para sociedade como: os mendigos, feiticeiros, portadores de doenças venéreas, doenças mentais e outros.

Com a lotação dos leprosários os excluídos foram colocados dentro de navios sem direção de desembarque. No entanto para a cultura da época a exclusão e o abandono era sinal de salvação. Logo com o desaparecimento da lepra, surgiram as doenças venéreas, estas não permaneceram muito tempo no palco, pois a ciência logo trouxe explicação para sua causa e tratamento. O espaço deixado pela lepra só foi substituído por um fenômeno bastante

complexo a loucura, onde a ciência não tinha explicação para sua causa e tão pouco para seu tratamento.

Neste período os loucos passaram a ser associados a demônios e seres possuídos; passando agora a viver acorrentado e exposto a toda forma de maus tratos e humilhações como: frio, cede fome, e outros. Alguns eram queimados em fogueiras como hereges.

RENASCIMENTO

Neste período a loucura perde a posição de natureza divina e ganha o status de desrazão, o louco então visto agora como aquele que transgride ou ignora a moral racional; sendo inserido no conjunto de periculosidade, concluindo que o mesmo é desrazoado, e não tem controle de seus atos, se tornando uma ameaça. Vivenciando agora um paradigma denominado razão e loucura, onde a origem esta no interior do homem, se alimentando de nossas angustias, ilusões e sonhos. Sonhos estes que só podem ser realizados no mundo in-real criado pelo próprio sujeito, um mundo de fantasias.

SECULO XVII

Com o emergir do mercantilismo a população era visto, como o bem maior de qualquer nação; pensamento este que trazia uma visão lucrativa, ou seja, todo aquele que não era produtivo para o crescimento da nação era inseridos no conjunto de mendigos, loucos, e outros.

SÉCULO XVIII

Período o qual nasce um novo conceito de psiquiatria proporcionado pelos trabalhos Philippe Pinel (considerado pai da psiquiatria). Aqui o surgimento da chamada humanização dos loucos, que passaram a ser denominados de pacientes, onde também foram tiradas suas correntes. O tratamento da doença neste momento era medicamentoso e terapêutico; todo este contexto contribuiu para criação dos hospitais visto como uma instituição médica. Neste período pregava-se a liberdade dos doentes mentais, mas esta liberdade era contraditória, pois os médicos na sua insensata buscam pela cura terminaram trazendo outra forma de escravidão que era o “acorrentamento psicológico”. Tendo como objetivo apenas o diagnostico e rotulação dos pacientes; um lugar onde os médicos eram os detentores do saber e a ele cabia

toda autoridade sobre suas vidas como também de sua doença. Inicia-se então a grande caminhada do doente mental, este se tornando objeto de estudo da medicina, e recebendo em troca exclusão social, alienação sendo refugiado em tempo integral nos hospitais longe da família e do contexto social ao qual estava inserido; levando a um estado de cronificação da doença. A medicina justificativa esta estratégia de trabalho como sendo necessário e importante para o processo terapêutico.

MODELOS HOSPITALOCENTRICO NO BRASIL

O Brasil copiou o modelo hospitalocentrico das experiências Européias do século XIX. Os hospitais eram administrados pelas Santas Casas de Misericórdias tendo como gestores a Igreja Católica a detentora do poder. O Hospício de Pedro II foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro este surgiu como resposta á loucura e ao louco, construído devido o numero crescente de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades principais da capital. Este hospital tenha como objetivo implícito limpar a cidade das pessoas denominadas improdutivas. Então a história da loucura esta lado a lado com o capitalismo, momento este onde foram criadas as primeiras indústrias farmacêuticas do país. Os Psicotrópicos tinham o objetivo de propiciar a cura da doença mental; porem seu segundo plano era lucrativo.

REFORMA PSIQUIATRICA

Amarante define reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (1995).

BASAGLIANA

Este foi um importante marco na historia da reforma psiquiátrica, que repercutiu em todo o mundo, foi à perspectiva Basagliana que surgiu na Itália, a partir de 1961, com a experiência de Franco Basaglia, no hospital psiquiátrico de Gorizia. Este movimento veio produzir uma modificação na forma de assistência prestada aos doentes mentais, ou seja, uma modificação dos saberes e praticas prestada pela assistência psiquiátrica clássica. A reforma psiquiátrica veio modificar os serviços prestados aos doentes mentais de forma gradual trazendo uma atenção mais humanizada ao sujeito ao qual deveria ser visto de forma integral

onde o todo não pode ser separado das partes; levando a garantia de uma inclusão social que é direito de todo cidadão Brasileiro.

No Brasil o processo de reforma psiquiátrica ocorreu em 1970; contemporâneo do movimento sanitário. Período este que se dividiu se em dois momentos o primeiro através da crítica ao modelo hospitalocentrico (1978-1991). O Segundo momento acontece com a implantação das redes extra- hospitalares (1992-2000).

MOVIMENTOS REFORMISTAS NO BRASIL

De (1978-1991) surgiram os primeiros movimentos para a reforma psiquiátrica no Brasil; constituído por familiares, sindicalistas, trabalhadores e outros. Trazendo denúncia de maus tratos, mercantilização da loucura, ou seja, trazendo uma crítica construtiva ao modelo de assistência psiquiátrica e ao modelo hospitalocentrico.

"A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asila mento; é a história de um processo de medicalização social". (Amarante, 1994:74)

Em 1987, foi realizado a conferencia de saúde mental, no (Rio de Janeiro). Neste mesmo ano foi criado o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, dando inicio ao processo de intervenção. Outro marco importante da reforma psiquiátrica aconteceu na constituição de 1988 com a criação do sistema único de saúde; trabalhando de forma articulada com os gestores federal, estadual e municipal; sob o poder do controle social exercido através dos conselhos comunitários de saúde.

Em 1989 a secretaria de saúde de São Paulo, fez uma intervenção à casa de Saúde Anchieta, onde os pacientes eram submetidos aos maus tratos; este acontecimento teve repercussão nacional Ainda no ano de 1989 foi dada estrada no projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, objetivando a regulamentação dos direitos dos pacientes portadores de transtorno mentais e também a extinção dos manicômios de forma progressiva no país.

REDES EXTRAS HOSPITALARES

Com a evolução do processo de assistência aos portadores de doenças mentais observou-se uma contradição nas políticas assistenciais onde o governo propagava um trabalho preventista; visando reduzir os números de leitos nos hospitais especializados. Mas o que se verificou com clareza foi criação de mais leitos psiquiátricos na rede privada

conveniada. A seguir serão descritos estratégias de trabalho que contribuíram para criação de serviços extras hospitalares, que servem de suportes para o processo da reforma psiquiátrica.

No ano de 1992, começaram a surgir as primeiras conseqüências positivas do projeto de lei de Paulo Delgado, trazendo aprovação em vários estados, como também à implantação das primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos. Logo depois veio a assinatura da Declaração de Caracas e também a realização da II conferência Nacional de Saúde Mental, que contribuiu para execução das primeiras normas federais que vinha regulamentar a implantação dos serviços de atenção diária tiradas das experiências vivenciadas pelos primeiros CAPS-NAPS e Hospitais-dia, englobando também surgimento das primeiras fiscalizações e classificações dos hospitais psiquiátricos.

A lei federal 10.216 dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; logo após este marco aconteceu à realização da III conferencia nacional de saúde mental com participação dos usuários e familiares; este veio ampliar as diretrizes da reforma psiquiátrica, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Foi conferindo ao CAPS o valor estratégico para modificação do modelo tradicional fechado e também o poder para defender uma política de assistência de saúde mental para os usuários de álcool e drogas. Neste mesmo período surgiu o programa “de volta para casa”.

Em 2004 acontece o primeiro congresso brasileiro de centro de atenção psicossocial, em (SP), conseguindo reunir cerca de dois mil trabalhadores e usuários do CAPS. Este período é caracterizado por dois momentos, o primeiro a transformação de uma assistência centrada no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitária; sendo que o segundo momento consiste na fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos dos hospitais psiquiátricos.

Dentro do processo de desintitucionalização foram ampliadas e organizadas estratégias de substituição, para a assistência prestada aos usuários que seguiam ao modelo hospitalocentrico tradicional como: redução de leitos, residências terapêuticas (SRT), ou simplesmente moradia que são casas localizadas no espaço urbano, com a demanda de responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtorno mentais graves, acresço de hospitais psiquiátricos ou não.

O programa de volta pra casa foi criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luis Inácio Lula da Silva, foi voltada e sancionada em 2003. Que vem contribuir de forma satisfatória e efetiva para a inserção social das pessoas com longa história de internação em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de auxilio- reabilitação.

O CAPS (centro de atenção psicossocial) um serviço extra-hospitalar que presta uma assistência em rede pública, traz contribuição em relação ao cuidar em saúde mental, feita de forma individual e também coletiva. É um serviço feito de forma interdisciplinar, este deve proporcionar acessibilidade aos seus usuários. O centro de atenção psicossocial deve coordenar a política de saúde mental na área onde foi instalado, e devem servir de referência para a equipe de saúde da família (ESF).

É um serviço com ação preventiva na área de saúde mental contribuindo para uma qualidade de vida melhor, através de estratégias de desenvolvimento objetivando a prevenção do surgimento dos transtornos mentais. O CAPS trás dentro de seus objetivos específicos a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos, trabalha almejando a inserção do usuário no seu meio social, visando reduzir a rotulação, estigma cronificação, oferece apoio terapêutico aos usuários nas crises psicológicas, e em outras demandas como uso abusivo ou não de bebida alcoólicas, e apoio seus familiares.

Presta atendimento a crianças, adultos, adolescentes de ambos os sexos, também pacientes que são encaminhados do (ESF). Presta assistência preventiva as escolas, centros comunitários, associação de bairro, pois este trabalha de forma articular.

O CAPS deveser funcionar em período integral das 08h00min às 18h00minhs, o período de permanência do usuário no CAPS, será definido após a realização da triagem. O CAPS oferece a população assistida os seguintes trabalhos terapêuticos: Na admissão é feita a triagem que costa de entrevista feita pelo enfermeiro e também pelo assistente social. Atendimento individual (ambulatório), feito através de consultas, psicoterapias breves ou focais, orientação e apoio, atendimento familiar que podem ser feitos através de grupos terapêuticos, sala de espera, grupo de orientação e apoio psicológico.

Os grupos são formados obedecendo a certa homogeneidade dos problemas para que se possam organizar de forma heraquizada as estratégias de trabalho. Os CAPS oferecem aos seus usuários as seguintes oficinas terapêuticas: horta, jardim, alto expressão, ginástica e outras atividades conforme demanda dos usuários; realiza visitas domiciliares, fazem palestras na comunidade e instituições, possui farmácia especializada, realiza reuniões semanais com a equipe multiprofissional, faz supervisão quinzenal e mensal. Com o objetivo de melhor assistência aos usuários os CAPS apresentam as seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI e CAP Sad.

O CAPSI é um serviço de atenção básica com capacidade para atender municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes. Já o CAPS II apresenta uma capacidade operacional para atender em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Podendo comportar um terceiro turno até as 21h00minh. Ambos realizam atendimento diário para adultos, e também paciente, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS III tem capacidade operacional para atender os municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este tipo de CAPS funciona 24 horas por dia, inclusive feriados, atendendo à população com a demanda de transtornos mentais severos e persistentes. O CAPSad é especializado no atendimento a usuários de álcool e drogas. Realiza atendimento diário à população com transtornos em decorrência do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e drogas.

Esse tipo de CAPS existe desde 2002 e possui leitos internos com a exclusiva finalidade de tratamento de desintoxicação. Outro tipo é o CAPS I que funciona diariamente de 8h: às 18h00minh tendo o objetivo de atender crianças e adolescentes com transtornos mentais.

REFORMA PSIQUIATRICA NO PI

A assistência prestada ao doente mental no estado do Piauí se centralizou na, capital de Teresina. Este contexto se deu devido ao grande numero de imigrantes que saiam do campo para a cidade no período da seca; causando um grande inchaço urbano, trazendo desconforto para a elite da cidade, pois as ruas estavam cheios de pedintes, esta aglomeração vem contribuir para o surgimento de varias doenças.

Toda esta problemática virou questão social, como estratégia de enfrentamento o estado criou o Hospital Areolino de Abreu em 1907, cinquenta e cinco anos após a criação do hospital de Pedro segundo no Rio de Janeiro, trazendo em suas entranhas uma assistência centralizada, onde o foco era apenas a doença, esquecendo-se do sujeito em sofrimento contribuindo assim para o processo de exclusão e segregação do doente mental. Atualmente o Hospital Areolino de Abreu completa 45 anos existência.

No primeiro momento sua gestão era de responsabilidade da igreja católica, logo passou a ser administrado pelo governo do estado. Em 1954 foi crido o sanatório me duna, este sendo conveniado com SUS. Apresentado também uma assistência centrada no modelo hospitalocentrico. Até então estes correspondiam aos únicos hospitais psiquiátricos da cidade de Teresina oferecendo aos seus usuários a mesma assistência ao seja focalizada na patologia; com o aumento dos índices de pessoas portadoras de transtorno mentais; veio o auxílio dos serviços de clinicas particulares.

Diante da assistência desumana prestada aos pacientes, e também a denuncia de maus tratos conseguiu-se gradativamente a descentralização da assistência prestada. Porem só na

década de 90 e que a Organização Mundial de Saúde passa a reconhecer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a trabalhar para a modificação da assistência; mas somente no ano 1991 que a OMS lança um documento que vem viabilizar os princípios para o planejamento de ações de proteção de pessoas com transtornos mentais e a modificação da assistência psiquiátrica.

Continuamos no processo gradativo de reforma psiquiátrica conceituado por (Brasil, 207p. 63) quando ele fala:

Atualmente as pesquisas mostram que os leitos dos hospitais psiquiátricos de Teresina têm diminuído satisfatoriamente, devido às estratégias alternativas como CAPS, Residências Terapêuticas, Hospitais Dias, Ambulatórios e outros. Mas ainda observa-se uma grande falha nos serviços alternativos, no item integralidade das ações, pois apenas estão sendo feitos encaminhamentos, sem que os profissionais dialoguem entre si, digo compartilhando saberes, mas diante deste exercer feito de forma centralizada acaba surgindo uma dicotomia entre doença e sujeito, uma visão fragmentada de homem.

Outro marco que marcou a história da reforma de Teresina foi à inauguração em maio do ano de 97 do Instituto de Psiquiatria Infante Juvenil dentro do espaço do Hospital Areolino de Abreu hoje já havendo separação do espaço. O programa saúde da família de Teresina é visto como um dos pontos fundamentais para a promoção da saúde mental compostos por equipes com múltiplos profissionais e por agentes de saúde comunitários; desta forma promovendo uma articulação dinâmica entre a saúde mental e atenção básica. A atenção básica vivencia junto com os agentes de saúde o dia a dia de sua comunidade possibilitando um melhor acolhimento das famílias diante de suas necessidades não se esquecendo da subjetividade de cada família.

A cidade de Teresina continua recebendo pessoas portadoras de transtorno mentais de várias localidades; sendo que o hospital Areolino de Abreu continua sendo visto como ponto de referência para o atendimento de urgência e emergências para os casos de transtornos mentais severos.

Em Teresina existem serviços alternativos na rede de saúde mental que são: os caps. com as seguintes localidades CAPS ad (localizado na zona sul da cidade), CAPS II (localizado na zona leste e outro na zona norte da cidade), CAPS i (norte), Hospital Dia (norte), 03 Residências Terapêuticas (01 sul e 02 norte); porém já existe projeto para novas residências. Teresina consta com apenas um hospital psiquiátrico Areolino de Abreu (norte); sendo que o Sanatório Me duna este atualmente encontra-se extinto.

CONCLUSÃO

Observado com esse trabalho a importância dos serviços alternativos que compõe o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Concluímos que faz parte da essência do homem gritar o que existe no mais profundo do seu ser quando este, não consegue retirar do meio que o cerca o necessário para suprir suas necessidades. Este enunciado só vem confirma que a luta anti-manicomial busca apenas o poder de voz e uma vida digna com direitos e deveres. Uma luta que procura acima de tudo sensibilizar a sociedade contemporânea de hoje da importância de se continuar lutando para a ampliação da reforma psiquiátrica e do processo de inclusão social, e seus serviços substitutos.

BIBLIOGRAFIA:

FOUCAULT M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

AMARANTE P. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20caracaspdf>> Acesso em: 18 outubro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Editora M.S. Vol. 5. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, dezembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.