

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: discutindo o paradigma da desinstitucionalização

Maria Sônia Lima Nogueira¹
Liduína Farias Almeida da Costa²

RESUMO

O presente artigo objetiva realizar uma reflexão sobre a política pública de saúde mental e como vem se configurando a proposta de desinstitucionalização manicomial, tendo como foco a Reforma Psiquiátrica, no cenário brasileiro. O caminho metodológico percorrido foi: levantamento bibliográfico quanto a desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica, tendo como acervo bibliográfico livros, capítulos de livros, legislação e artigos disponíveis em sites e coletâneas organizadas. Percebemos avanços e conquistas políticas, porém reconhecemos a necessidade de discutir a desinstitucionalização manicomial para que a emancipação do portador de transtorno mental e a ampliação do seu poder de trocas seja uma garantia real.

Palavras-chave: saúde mental, desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This paper objectives to carry out a reflection on the public policies of mental health and how the proposal of manicomial “*uninstitutionalization*” is coming out, with focus on the Brazilian Psychiatric Reform scene. The methodological steps were: “*uninstitutionalization*” and Psychiatric Reform bibliographical survey, searching on available books, book chapters, legislation and articles in sites and organized papers. Advances and politics gains were observed, but the need of the manicomial “*uninstitutionalization*” discussion, towards the emancipation of the mental upheaval patient and its power of exchanges maximization as a real guaranty was observed.

Key words: mental health, “*uninstitutionalization*”, Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é realizar uma reflexão crítica sobre a política pública de saúde mental brasileira. O ponto de partida é a proposta do paradigma da desinstitucionalização e a sistematização dos princípios básicos que orientam tal paradigma como caminho para a inclusão social.

Tornou-se consenso no meio científico que o processo de desinstitucionalização implica uma ruptura com o paradigma racionalista, o qual supõe a relação problema-solução que, no caso das doenças mentais, liga diagnóstico ao prognóstico que conduziria da doença à cura. Entretanto, os manicômios sempre lotados bem como as readmissões de seus internos testemunham, há muito tempo, o fracasso de tal perspectiva.

¹ Mestranda - Universidade Estadual do Ceará

² Doutora - Universidade Estadual do Ceará

A institucionalização tem se caracterizado pela opressão, domínio, roubo de identidades e de vidas subjetivas humanas. Do ponto de vista da saúde mental, a desinstitucionalização, inspirada na experiência de Trieste-Itália, é exatamente o oposto a toda prática de abandono e coação. Ela visa transformar, progressivamente, a vida do sujeito que passa de paciente coagido a voluntário, a paciente como hóspede, a eliminação de tutelado jurídico (ROTELLI et al, 2001).

Nosso interesse pela temática vincula-se à experiência profissional como assistente social no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza (Ceará/Brasil). Após realização de pesquisa empírica que deu subsídio à monografia do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental na Universidade Estadual do Ceará.

Dentre as muitas inquietações com as condições dos serviços nessa área, formulamos algumas questões que, embora lhes digam respeito apenas indiretamente, são fundamentais para a compreensão do presente e a projeção de seu aperfeiçoamento, conforme a seguir. Qual caminho percorrido pela saúde mental até ser compreendida como política pública? Quais as lutas empreendidas por profissionais e defensores de uma reforma psiquiátrica em favor dos usuários? O que se poderia considerar como desinstitucionalização de uma perspectiva psiquiátrica? Quais as bases da desinstitucionalização psiquiátrica brasileira?

O presente estudo é de natureza bibliográfica, cuja efetivação contou com a orientação de professores do referido curso e encontra-se estruturado em três partes principais. A primeira corresponde à trajetória histórica da saúde mental no Brasil. Na segunda parte buscamos montar algumas bases para a reflexão crítica acerca do processo de desinstitucionalização. Finalmente, algumas considerações finais a expressar nossas constatações de que o modelo de desinstitucionalização de Trieste/Itália tem sido a base para a construção prático-teórica de muitos segmentos do movimento em referência no Brasil.

2. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico de assistência psiquiátrica no Brasil surgiu sob a égide da sociedade colonial rural e escravocrata (Rosa, 2003). A institucionalização do hospício brasileiro se deu na segunda metade do século XIX, tendo como marco o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Porém, foi no Brasil República que o louco e a loucura adquiriram *status* de doente e doença e passaram a ser objetos de especialistas.

Em 1890, foi criada a Assistência Médica Legal a Alienados, que organizava a assistência psiquiátrica no país e possibilitou a difusão do modelo hospitalocêntrico, tornado hegemônico no trato da “loucura”.

Importante registrar que no governo de Getúlio Vargas foi promulgada a segunda lei federal de assistência aos doentes mentais – Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre profilaxia mental, assistência, proteção à pessoa dos psicopatas e fiscalização dos serviços psiquiátricos. A primeira lei foi instituída em 1903 pelo Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro e em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM (Rosa, 2003).

Em 1966, a assistência psiquiátrica foi estendida a todo trabalhador e seus dependentes com a unificação dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que formaram o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e que garantia a assistência previdenciária e médica aos seus segurados.

Apesar desses pequenos avanços, até meados de 1970, a saúde mental passa quase despercebida como política pública quando, enfim, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental e extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, substituindo-o pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental no Brasil e formada por um complexo de quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho.

A década de 1970 foi marcada por movimentos populares que se evidenciaram devido ao esgotamento do regime militar e à distensão política. Em meio às inúmeras manifestações populares, havia um segmento que discutia sobre a política de saúde, culminando com o Movimento Popular de Saúde e encampando uma luta pelo estabelecimento de uma política pública de saúde que garantisse a cidadania dos brasileiros e implantasse um sistema único de saúde.

Enquanto em outros países, a exemplo da Itália, a reforma psiquiátrica estava em plena efervescência. No Brasil, ela começou a vislumbrar um campo de luta a partir do episódio conhecido como “crise da DINSAM”, em 1978 no Rio de Janeiro, quando os profissionais de suas quatro unidades deflagraram uma greve geral, denunciando suas condições de trabalho com um quadro de pessoal defasado e profissionais graduados e universitários sendo contratados através de sistemas de bolsas pagas com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Acabaram denunciando, também, o modelo assistencial psiquiátrico, as precárias condições de vida das instituições asilares e a má qualidade da assistência aos internos (Rosa, 2003).

É somente na VIII Conferência Nacional de Saúde que o Movimento Popular de Saúde fica nacionalmente conhecido e dá origem ao Movimento pela Reforma Sanitária,

contendo em suas discussões a assistência psiquiátrica. Dessa forma, é sob a influência desse movimento que emerge um outro em prol da reforma do modelo tradicional psiquiátrico baseado nas idéias americana e européia, especialmente na italiana. Realiza-se, então, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, evento de fundamental importância, propondo a revisão do modelo manicomial rumo aos serviços extra-hospitalares, executados por equipes multiprofissionais e a progressiva diminuição até a extinção de leitos psiquiátricos asilares e sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos.

O Movimento que na I Conferência Nacional de Saúde Mental mudou seu nome para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial sob o lema: “Por uma sociedade sem manicômio”, constituiu-se num espaço de lutas e conquistas inspirado na experiência italiana, tendo como objetivos, sobretudo, a desconstrução do manicômio e a implantação de serviços substitutivos às instituições asilares e segregadoras. Ampliando seu raio de ação, o Movimento congrega esforços na luta por mudanças no plano legislativo na busca de assegurar a atenção ao portador de transtorno mental em seu meio cultural e social, a construção de sua cidadania e poder de trocas sociais.

A primeira vitória do Movimento foi ver aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República o Projeto de Lei nº 3.657/89, formulado pelo Deputado Paulo Delgado (PT – Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como: hospitais-dia, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Oliveira, 2002). Isto é, propõe não a destruição de hospitais psiquiátricos já existentes no Brasil, mas que seja proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e que o poder público financie ou contrate novos leitos em hospitais psiquiátricos.

Nas décadas de 1980 e 1990 o processo brasileiro de reforma psiquiátrica constituiu um novo cenário para a saúde mental, pois foram marcadas por inúmeras experiências antimanicomiais inspiradas no modelo de Trieste-Itália. Novos serviços de caráter extra-asilar foram implantados em todo o país ao longo destas duas décadas, na tentativa de resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico (Belmonte, 1998). Desse modo, o século XXI desponta com o desafio de avançar na implementação das propostas de desinstitucionalização, tão cara a luta Antimanicomial, rompendo as barreiras da inércia habitual dos serviços públicos.

3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Importante salientar que a forma como pretendemos abordar o termo desinstitucionalização se refere especificamente à desinstitucionalização psiquiátrica, pois concordamos com Rotelli *et al* (2001, p. 63), quando afirma que “... muito pouco se dá conta que justiça e sanidade, escolas, entes e poderes locais devem desinstitucionalizar-se assim como os manicômios, os hospícios e as casa de internações”.

Entendemos a desinstitucionalização, não do modo como durante muito tempo se deu em nossa realidade, como a pura e simples desospitalização do portador de transtorno mental ou a suposta humanização dos locais de segregação e de furto da liberdade, pois esse modelo produziu, historicamente, abandono e desassistência de parcela da população usuária causando novas formas de internação mais obscuras e segregadoras, mas como um processo capaz de produzir com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no respeito aos diferentes, entre outros princípios (Boarini, 2000). Apesar de terem sido criados serviços de comunidade alternativos ao manicômio, eles não têm substituído as internações, ainda assim, convivem com estas. Faz-se necessário, portanto, uma atenção especial a esses novos serviços, opostos à hospitalização, para que não venham igualmente a se institucionalizar.

Devemos, pois, diferenciar desospitalização de desinstitucionalização. A desospitalização diz respeito ao processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como *locus* de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social. Ao passo que o processo de desinstitucionalização, bem mais complexo, fundamenta-se na idéia de desconstrução e invenção. De modo que, desinstitucionar é, acima de tudo, ocupar-se do sujeito e não da doença, para a partir daí, as instituições de cuidados ganharem um novo sentido e o tratamento deixar de significar apenas prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias tornar-se um ocupar cotidiano do tempo, do trabalho, do lazer, do ócio, do fazer algo, construir uma atividade conjunta etc (Fernandes, 1999).

Entendemos que ao discutir desinstitucionalização, o fazemos mais bem embasados se considerarmos a experiência de Gorizia e de Trieste, cidades italianas pioneiras nessa prática e internacionalmente reconhecidas e que orientaram o processo global da organização dos novos serviços de saúde mental no Brasil.

Amparadas por leis estaduais e federais, estão em andamento no país inúmeras experiências de assistência à saúde mental. Os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, os Centros de Referência em Saúde Mental, as Residências Terapêuticas e tantas outras,

são iniciativas substitutivas ao manicômio inauguradas ao longo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. “São serviços novos ou em formulação, que oferecem amparo e tratamento, sem associá-lo à opressão ou exclusão” (Belmonte, 1998: p.33).

Pode-se afirmar, que a crítica ao modelo manicomial surgiu com a crítica ao paradigma racional psiquiátrico, na busca de sua desconstrução, pois a maior falha da psiquiatria foi deter-se em um objeto fictício, a doença, quando deveria ter considerado a existência complexa e concreta do sujeito e do corpo social. Foi com base naquele modelo obscuro, dominador que se constituiu a institucionalização: conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos referentes à doença. A luta é contra este modelo. “É este conjunto que é preciso desmontar, (desinstitucionalizar)..” (ROTELLI et AL, 2001, p.28).

A desinstitucionalização é, acima de tudo, um trabalho terapêutico voltado para a reconstrução de vítimas de um sistema, na maioria das vezes, oportunista e opressor. Segundo Rotelli *et al* (2001, p.33), “talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento-‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”. Assim, seu principal objetivo é a transformação das relações de poder entre instituição e paciente, uma vez que “a perícia, ato soberano mais que qualquer um outro, pode continuar a decidir pela ausência total de intelecto e vontade de um sujeito zerando-o” (idem, p. 62).

É ainda, a transformação das relações de poder entre instituições e sujeitos, e dos próprios sujeitos entre si, o que se dá através de gestos elementares como eliminar meios de contenção, restabelecer a relação do sujeito com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais e de palavra, abrir portas, produzir relações, liberar sentimentos, restituir direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas, o estatuto de periculosidade, criar possibilidades de trocas subjetivas entre seres humanos que devem ser vistos e aceitos como iguais em suas diferenças

Vale ressaltar, que a desospitalização tem se efetivado mediante um aparato jurídico-legal, que não se completa apenas com a aprovação de leis, ela prossegue em sua implementação no dia a dia, no desenvolvimento do serviço, na vida dos sujeitos: usuários, familiares, profissionais e comunidade e na luta pela progressiva desinstitucionalização.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos (Foucault, 2005; Nicácio, 2001; Fernandes, 1999 e outros) comprovam os prejuízos causados pela incapacidade dos manicômios quanto à assistência psiquiátrica

e, que a resposta estaria nas experiências alternativas. Assim surgiu a proposta de desinstitucionalização manicomial como estratégia vital para a aplicação dos princípios de uma Reforma Psiquiátrica comprometida com os usuários. Algumas experiências têm mostrado a possibilidade de sua aplicação prática, a despeito das dificuldades, empecilhos e focos culturais de resistência reforçados pela desinformação, divulgados por interesses particulares de alguns grupos.

O modelo de desinstitucionalização de Trieste/Itália tem sido a base para a construção prático-teórica de muitos segmentos do movimento de profissionais no campo da saúde mental no Brasil. Movimento que visa, sobretudo, a transformação política das instituições do Estado. Trata-se definitivamente de reconstruir todo o processo de transformação do manicômio desenvolvido ao longo das duas últimas décadas e que deixou sua marca em múltiplas dimensões: do microcosmo da relação terapêutica à dimensão de uma nova política psiquiátrica.

Entendendo a desinstitucionalização como um processo, temos percebido sua evolução, ainda que a passos lentos. Assim, no Ceará, contamos com um acervo de instituições abertas de cuidado, Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia e Residência Terapêutica, Comissões Municipais e Estaduais de Saúde Mental, Núcleos do Movimento da Luta Anti-Manicomial, Associações de Familiares e Usuários e Fórum Municipal da Luta Anti-Manicomial. (Fé, 1994).

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BELMONTE, P. R. et al. **Curso básico de acompanhamento domiciliar**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

BOARINI, M.L. (org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eridem, 2000.

BRAVO, M. I. S. et al. (org.). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

FÉ, N.M. **O papel das instituições na desinstitucionalização manicomial**. I Encontro Nordeste de Luta Antimanicomial. Recife-Pernambuco: 25 a 27 de novembro de 1994.

FERNANDES, M. I. A. (org.) **Fim de Século: ainda manicômio?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, F.B. A construção do paradigma psiquiátrico. In: _____. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB-Universitária, 2002. Cap. 1, p. 23-40.

_____. Os movimentos psiquiátricos e a reforma psiquiátrica no Brasil, In: _____. **Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa:** UFPB - Universitária; 2002. Cap. 2, p. 41-83.

ROSA, L.C.S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 61-64.

Lei 10.216. Ministério da Saúde, Brasília – Brasil: 2001.