

LINCCON FRICKS HERNANDES

Escola de Ciências Superior Da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória - ES,
Psicólogo, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - EMESCAM -fricksjr@hotmail.com

RESUMO

Objetiva-se tecer reflexões sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira e as reverberações que se deram a partir desse movimento e sua importância para as políticas públicas de saúde mental e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras chaves: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Políticas Públicas.

DIMENSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

INTRODUÇÃO

O percurso realizado durante a história da loucura para construir uma percepção do sujeito com transtornos mentais que melhor se adequasse à cada contexto histórico dos séculos XVI à meados do XVIII, levou a sociedade a desenvolver mecanismos de busca na melhoria de vida dos sujeitos em situação de manicômio. Iniciou-se o questionamento do modelo de tratamento à saúde mental que os sujeitos com transtornos mentais recebiam em instituições manicomiais e como estas poderiam conter teor hiatrogênico, ou seja, um tratamento que ao buscar devida solução acaba gerando mais enfermidades e problemáticas ao sujeito, alcançando poucos efeitos positivos e maiores sequelas (DESVIAT, 2008).

Desviat (2008), aponta que este movimento social de reforma psiquiátrica ou luta antimanicomial se tornou possível graças a construção de uma sociedade mais igualitária, solidária e livre. Para além disso, a descoberta da eficácia ao uso de medicamentos psicotrópicos e a abordagem teórica em Psicanálise, foram pontos cruciais para o desenvolvimento desta forma de pensamento. O fortalecimento do conceito de saúde pública e saúde coletiva se dá como outro ponto essencial, uma vez que alguns países questionam os modelos de atenção aos cuidados em saúde da população e adotam um modelo público e coletivo, deixando de ser apenas assistencialista e alcançando à toda comunidade em cunho integral de cuidados, buscando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos sujeitos. Necessitando-se, portanto, de rever a real necessidade e eficácia de hospitais gerais e manicômios ativos na época.

A Reforma Psiquiátrica descreve uma trajetória militante atravessada por muitos agenciamentos coletivos, que dificultam conceituar um movimento que se fez no meio de outros movimentos. Embora com muitas influências possui suas próprias características (HERNANDES, 2016). Neste sentido, Amarante (2007) divide o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil quatro dimensões principais: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural.

PRIMEIRA DIMENSÃO

Para Amarantes (2007), A primeira dimensão trata-se da dimensão teórico-conceitual, refere-se à construção de um novo modelo no saber das ciências sociais, que direciona um olhar para a pessoa em sofrimento psíquico. O autor descreve conceitos como ferramentas para exercer o trabalho em saúde mental, tais como: alienação e doença mental; isolamento terapêutico e social; degeneração; anormalidade e normalidade, terapêutica e cura. Diante disto, busca-se forjar uma ruptura para com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, com objetivo de possibilitar novos caminhos no entendimento ao processo saúde-doença, tendo em vista as condições de vida e do lugar que este individuo está inserido ou não na sociedade.

Para melhor compreensão desta dimensão teórica Amarante (2007) destaca dois conceitos primordiais. O primeiro refere-se à desinstitucionalização, com base a ideologia basagliana, que busca desenvolver novas formas de tratamento, atendimento, acompanhamento e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, enxergando esse sujeito como um todo. O segundo conceito refere-se a doença mental que é problematizada, juntamente com as práticas profissionais e as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários do serviço, pois ambos e tornam dispositivos neste processo.

SEGUNDA DIMENSÃO

A segunda dimensão é a técnico-assistencial está associada à dimensão conceitual, concentra-se nela criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Vale ressaltar, que durante muito tempo o a manicômio prevaleceu como sendo a única alternativa de tratamento ao sujeito em sofrimento psíquico, operando através da segregação, violências da mais distinta natureza (físicas e psicológicas), e na anulação do sujeito.

A partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil e mundo tais práticas começam a serem questionadas quanto a sua eficácia, outros dispositivos começam a surgir, tais como: comunidades terapêuticas; psiquiatria comunitária, a psiquiatria preventiva e a psiquiatria democrática italiana, que reverberaram em um novo paradigma teórico-prático para se pensar em um novo conceito de saúde mental (HERNANDES, 2016).

As comunidades terapêuticas surgiram na Grã-Bretanha, no final da década 1940, teve como principal precursor o psiquiatra Maxeell Jones, que buscou construir um espaço alternativo de tratamento para os soldados ingleses acometidos de stress pós-traumáticos durante Segunda Guerra Mundial. Tais espaços se configuravam-se como um lugar de ajuda mútua, adotou uma metodologia que consistia em abordagens educativas e psicodramas (DAMAS, 2013; HERNANDES, 2016). Em 1950 as comunidades terapêuticas começaram a ser utilizadas no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Contudo, observa-se que o modelo de comunidade terapêutica perdeu sua essência reproduzindo o modelo manicomial (HERNANDES, 2016).

O Movimento da Psiquiatria Preventiva, também conhecido como Psiquiatria Comunitária. *“Nessa ideia de prevenção, prevaleceu o paradigma médico em congruência com as ações do país estadunidense, “um dos berços” do Modo Capitalista de Produção.”* (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012, p. 1040). Atendendo aos ideais propostos pelo capital, acreditava-se que a prevenção seria a melhor alternativa para adoecimento, no intuito de que o corpo sadio seria capaz de produzir mais valia.

Entre os movimentos que mais influenciaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil e mundo destaca-se a Psiquiatria Democrática Italiana, que teve como principal precursor o médico Italiano Franco Basaglia, que acreditava que o tratamento da loucura deveria ser realizado no convívio social, e não com a privação de liberdade, movido por estes ideais deu início ao processo de desinstitucionalização de internos durante o tempo em que atuou como diretor de um grande hospital psiquiátrico na Itália (HERNANDES, 2016).

Neste sentido, em 1987 no Brasil foi construído o primeiro CAPS na cidade de São Paulo, como um mecanismo sócio-político da Secretária de Saúde, Na Antiga casa de Saúde Anchieta, que outrora era cenário de maus e até mesmo morte das pessoas em sofrimento psíquico que ali eram internadas (HERNANDES, 2016).

Com o surgimento do CAPS tinha-se então uma nova proposta de se fazer saúde mental e abolir o modelo asilar de tratamento predominante para as pessoas em sofrimento psíquico. Nesta mesma época na cidade Santos inaugura-se o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionava 24 horas, durante todos os dias da semana, visando acolher pacientes em crise. No mesmo período, constroem-se residências terapêuticas, e outros serviços para reinserir na sociedade aqueles que se perderam ou forma abandonados por suas famílias, no intuito de resgatar a dignidade humana e cidadania. A experiência de Santos foi de extrema importância para ampliar e consolidar novas práticas em saúde mental no Brasil.

TERCEIRA DIMENSÃO

A terceira dimensão é denominada por Amarante (2007) como jurídico-política, Yassui (2006), opta de nomeá-la apenas como política em sua tese “Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, para este autor os conflitos que se deram a partir dos novos arranjos do Estado para com a Sociedade no cenário da saúde mental engloba uma cadeia legislativa de transformações no âmbito sanitário, civil e penal. A saber, principalmente no que tange as considerações que conectavam a loucura propriamente dita, ou seja, a pessoa em sofrimento psíquico a uma caricatura de ameaça social, incapaz de conviver em sociedade irresponsável por suas ações.

Neste sentido, tanto para Amarante (2007) quanto para Yassui (2006) está dimensão exerce um forte efeito no Movimento da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito as ações e intervenções a serem realizadas no campo da saúde mental, pois alia-se as forças militantes em seu cotidiano em prol de transformação social.

No ano de 1989 ocorre um marco significativo da dimensão jurídica-política, o então Deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei que deu origem a Lei 10.216/01. Conseqüentemente nos anos 90 e 200 foi promulgada a Portaria 336/99 que regulamenta as ações dos CAPS, a Portaria 106/00 no intuito de implementar outros serviços substitutivos como as Residências Terapêuticas e também a Lei 10.708/2003 que acena o Programa de Volta Pra Casa, e a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas, ganham corpo nessa dimensão.

QUARTA DIMENSÃO

A quarta dimensão conforme Amarante (2007) trata-se da dimensão sociocultural, que diz respeito ao lugar do louco e da loucura na sociedade, dando visibilidade a ser humano em sofrimento mental, contextualizando todo processo histórico e cultural, visa romper o sigma de séculos, e defender possíveis alternativas de tratamento e cuidado que não esteja vinculado ao modelo asilar.

De acordo com Hernandes (2016) dar fim ao modelo de ao modele asilar de tratamento permanece como um desafio para Reforma Psiquiátrica e os trabalhadores

em saúde mental até os dias atuais, pois desconstruir a lógica manicomial está para além/aquém de por abaixo os muros de instituição, mas exige uma ruptura com o modelo medicalocêntrico e hegemônico de saúde pautado no poder-saber médico, assim como estabelecer diálogo entre as políticas públicas. Tendo em vista que o distanciamento entre as políticas reduz sua potência de intervir sobre as problemáticas que se apresentam diante delas (GOMES, RAINHA, HERNANDES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil passou por diferentes fases, ao longo dos anos foram inegáveis conquistas, contudo ainda a muito que se fazer, a luta ainda não terminou e o movimento precisa alcançar outras dimensões clínicas e políticas na contemporaneidade, e resistir aos retrocessos e sucateamentos das políticas públicas na atual conjuntura.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.
2. DAMAS. F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.
3. DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
4. GOMES, R.; RAINHA, L. C.; HERNANDES, L. F. Uma breve análise sobre as desigualdades sociais a partir de dois casos públicos. In: Política de desenvolvimento alternativas e tendências em Presidente Kennedy-ES. EMESCAM, Vitória-ES. 2018.

5. HERNANDES, L. F. **Internação Compulsória e a vida em cena.** [Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local]. Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, 2016.
6. PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 21, p. 1035-1043, 2012.
7. YASUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.