



CURSO DE

Técnico em enfermagem

aula 01

Psi. Esp. Alexandre Abdalla





HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA



- A definição da loucura como doença é uma produção relativamente recente da civilização ocidental, tornando-se uma verdade médica como doença a partir de um dado momento histórico, como descreve Michel Foucault em sua obra “História da Loucura na Idade Clássica”.
- De acordo com Foucault (1993), podemos dividir a história da loucura em três grandes momentos:
 - 1) um período de liberdade e de verdade, que inclui os últimos séculos do período medieval e o século XVI;
 - 2) o período da chamada “grande internação”, que abrange os séculos XVII e XVIII;
 - 3) a época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe à Psiquiatria cuidar dos loucos nos asilos.





- No decorrer do século XVII a loucura se fixa no hospital. Isto é, por toda a Europa criam-se casas de internação onde a loucura é retida; nessas instituições predomina a dominação da loucura pela condenação ao silêncio.
- A entrada do indivíduo louco no cenário da Instituição Hospitalar inicia-se nos chamados Hospitais Gerais.
- A despeito das críticas ao trabalho de Foucault e as diferentes perspectivas sobre a loucura, de acordo com Pessoti, o hospital como representação de autoridade e poder do Estado não se caracteriza por ser um estabelecimento médico e sim uma estrutura semi jurídica que “decide, julga e executa” (1994, p. 34).



- No final do século XVIII, a concepção de loucura sofre uma transformação, surgindo um novo campo do saber: a Psiquiatria.
- Por trás do chamado tratamento moral, a assistência psiquiátrica estruturou-se num regime rígido e disciplinador, muitas vezes indulgente frente às suas práticas obscuras e punitivas, violências veladas de ameaças e privações, tendo, na instituição asilar, o elemento de ordem, o papel de vigiar, julgar e punir.





- com as reformas políticas e sociais ocorridas na França no final do século XVIII, os pobres, velhos e vagabundos são retirados do hospital, permanecendo os loucos, isolados na internação.
- Em 1793, Phillipe Pinel é nomeado para a direção do asilo Bicêtre em Paris, indicando assim o predomínio da concepção da loucura como um problema médico.
- Tudo é organizado para que o louco, em um ambiente de racionalidade, seja vigiado, julgado, corrigido e, se preciso, reprimido.
- O asilo deixa de ser o local onde se espera a morte, tornando-se o lugar onde o louco é observado, classificado, controlado e normatizado.

- O fim do século XIX e início do século XX são marcados pela construção de vários hospitais psiquiátricos. É dentro desta fase e já mais próximo de nossos dias, que a loucura começa a ser problematizada.
- No século XX, a expansão dos meios de comunicação, a velocidade da circulação das informações e até uma maior liberdade de expressão possibilitaram um relativo aumento da participação da sociedade na crítica aos problemas emergentes.
- A partir desse momento, começa a ganhar visibilidade o argumento de que as relações sociais, culturais e suas contradições são elementos constitutivos do processo de doença mental (Amarante, 2007).



- Em 1971, Franco Basaglia iniciou uma mudança radical nas práticas até então utilizadas no Hospital Regional de Trieste, na Itália. Começava um movimento de desativação do manicômio, caracterizado pela prática da alta psiquiátrica, pela ausência de novas internações e pelo questionamento da neutralidade científica que sustentava os valores dominantes na psiquiatria científica, que oprimiam ao invés de libertar os pacientes.
- Em continuidade ao processo, foram organizados e construídos centros de saúde mental, que funcionavam 24 horas por dia em regime aberto.



- No entanto, a ideia de assepsia, de sociedade purificada, ainda não é eliminada com a quebra dos muros, pois a cultura manicomial ainda permanece (Amarante et al., 1995). Desviat (1999) aponta que foi em 1978, com a aprovação da Lei 180, é que teve início o processo desinstitucionalizador, com o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade.
- Cinco décadas se passaram desde as primeiras reformas e, assim como na Itália, outros países, como EUA, Canadá, França, Espanha e Brasil iniciaram movimentos de desinstitucionalização, criando novos dispositivos e dando lugar, conforme descreve Desviat (1999), “a grandes processos de transformação da assistência psiquiátrica no mundo, assim como a uma importante mudança da imagem, da ideia que têm a doença mental os políticos, os governantes, os profissionais e os cidadãos em geral” (p. 157).

- No Brasil, o “louco” emerge como “problema social” no século XIX, de maneira semelhante à Europa, como um elemento de desajuste à ordem social vigente, em meio a um contexto de desordem, mendicância e ociosidade.
- O crescimento deste grupo de indivíduos constituía uma ameaça para a paz social das cidades e da burguesia. Esses indivíduos passam a ser levados, inicialmente, à reclusão em Santas Casas de Misericórdia, sendo jogados em porões, sem tratamento e entregues a guardas e carcereiros responsáveis pela sua tutela; os espancamentos e contenções em troncos eram as formas de controle usuais.



- No início do século XX, assistiu-se uma reação às definições correntes de doença mental. Essa revolução, caracterizada pelo desenvolvimento da chamada “Psiquiatria Dinâmica”, contribuiu para a emergência de uma nova consciência coletiva, contraposta as ideias majoritárias.
- Tal perspectiva visa o processo de desinstitucionalização e, conseqüentemente, o de humanização dos hospitais e instituições psiquiátricas; busca-se assim, um cuidar e assistir mais dignos e sem preconceitos aos indivíduos que sofrem de problemas psíquicos.
- Sobre o processo de desinstitucionalização, para Amarante (1995)
- “não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida.” (p 493-494)



- Os últimos anos da década de setenta marcam o início do atual movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo delimitado mais concretamente a partir do processo de reforma sanitária e da redemocratização.
- Foram sendo construídos espaços de luta política, referenciados na crítica ao Sistema Nacional de Saúde Mental e ao saber psiquiátrico e suas instituições.
- Para Franco Rotelli, citado por Barros (1994), existem quatro eixos fundamentais para a transformação das instituições psiquiátricas:





LIBERDAD
E O MELHOR
CUIDADO

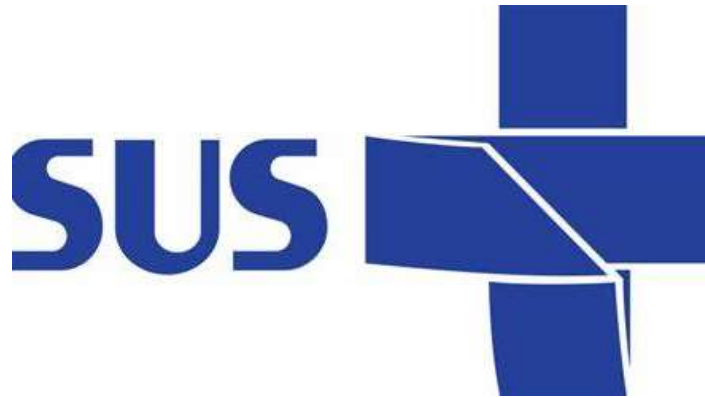
- A luta contra as atuais estruturas psiquiátricas, vistas como aquelas que reprimem e tutelam;
- A luta contra as estruturas psiquiátricas onde a doença encontra-se institucionalizada;
- A luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença
- A luta contra este sofrimento como necessidade na sociedade de troca, ou seja, como um universo de não escolha, aonde tal sofrimento vem transformado em algo mercantilizável.

- O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil.
- Surge neste ano o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.
- O Movimento passa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada de assistência, além de construir, coletivamente, uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).



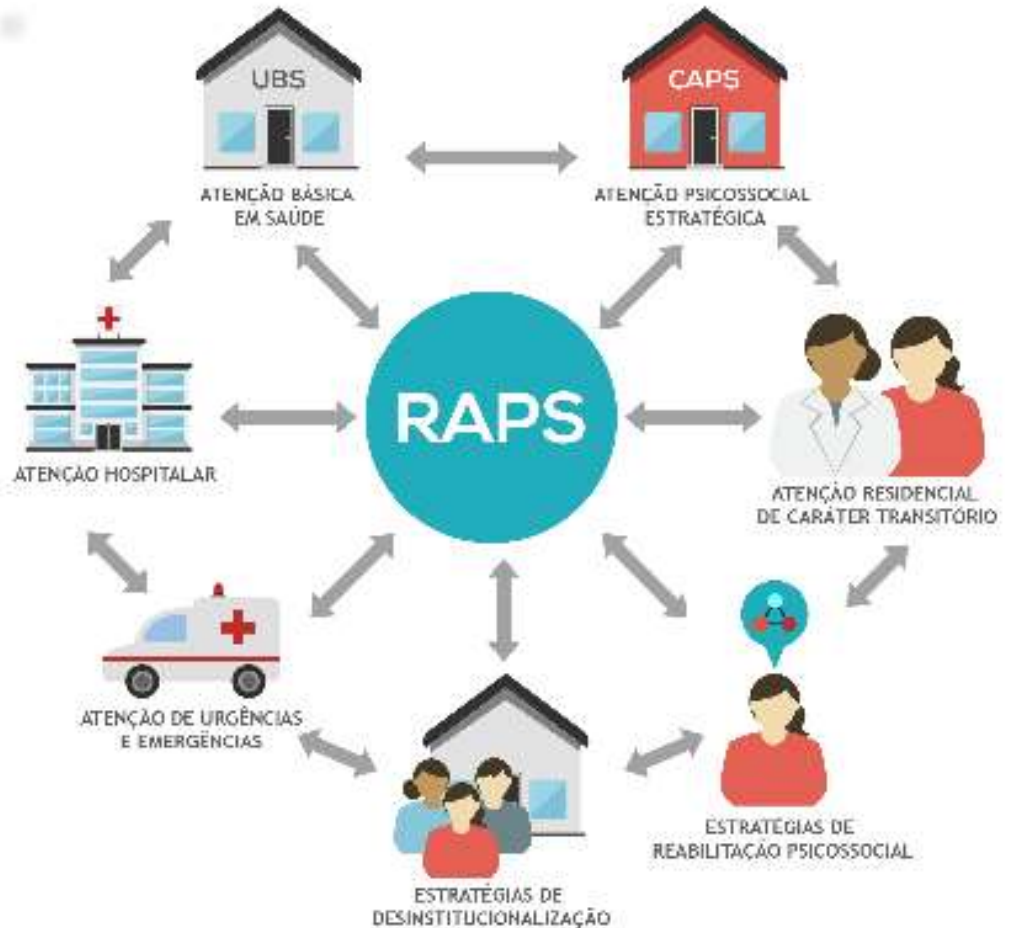
- A discussão, ainda atual, da desinstitucionalização se referencia legalmente através da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, de 06 de abril de 2001, que representa um esforço de incorporação do ideário dos direitos humanos nessa área.
- Com quase vinte anos de vigência, esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, criando um modelo diferenciado do ainda atual modelo hospitalocêntrico. Seu conteúdo busca:
- “regulamentar os direitos do portador de doença mental através dos seguintes pontos: reordenação da assistência psiquiátrica; indicação de extinção progressiva dos manicômios; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; não abertura de novos leitos manicomialis e diminuição de leitos com estas características; criação e ampliação de outras formas de cuidado do paciente psiquiátrico; comunicação ao Ministério Público de internações psiquiátricas compulsórias; entre outras características estruturais e operacionais, que serão apresentados a seguir”.






- Delgado (2011) já havia afirmado que são os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) que norteiam a Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216, quais sejam: a
- A universalidade do atendimento, ou seja, todos têm direito ao atendimento pleno;
- A equanimidade, ideia de justiça, não deixando ninguém de fora; a descentralização, evitando a desterritorialização através de serviços descentralizados cada vez mais próximos das pessoas;
- A integralidade dos serviços e dos dispositivos aos usuários e suas necessidades, “para que possa sair crescentemente de um tratamento compulsório e caminhar para o voluntário”
- O controle social, advindo de discussões e debates de Congressos, Conferências e Conselhos, protegendo-os da manipulação política e desinformação.

A Política de Saúde Mental Brasileira: conquistas



- 
- na Política de Saúde Mental do Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental.
 - Com a criação desses novos dispositivos, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.
 - Os CAPS foram criados para “organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes” (Brasil, Ministério da Saúde, 2007, p. 2).
 - São serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, que oferecem atendimentos diários; devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários e resgatar as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental.

- Seu objetivo principal é oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.
- Com a publicação da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi regulamentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Nela, são descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no Brasil para todas as pessoas com sofrimento psíquico ou algum transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



- As equipes de saúde voltadas para o cuidado e reabilitação psicossocial tem o objetivo de prestar um atendimento às pessoas que sofrem de intenso sofrimento psíquico, num determinado território.
- De acordo com Sá & Lira (2015), há diversas modalidades de serviços oferecidos pela RAPS que fornecem atendimento em saúde mental ao público (pessoas com transtornos mentais leves, severos e persistentes), que se diferenciam em termos da abrangência populacional e da constituição da equipe técnica.
- Todos os serviços se caracterizam pelo trabalho interdisciplinar da equipe técnica, constituída por: um médico com formação em saúde mental (psiquiatra), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos em Enfermagem, oficinairos).



- Estes são os profissionais que “acolhem, escutam e oferecem possibilidades terapêuticas no cuidado para esses indivíduos em sofrimento psíquico” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004)
- O modelo hospitalocêntrico deixa de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, a partir de 2011.
- De acordo com Garcia et al. (2014), a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.



- A articulação em rede dos variados pontos de atenção (Estratégia Saúde da Família – ESF; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF; Equipe de Consultório na Rua; Centro de Convivência e Cultura; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Serviços de Atenção Hospitalar; Serviço Residencial Terapêutico) promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.
- Em suma, com o caminho aberto a partir da lei 10.216, com a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (através da Portaria 3.088) e a continuidade da luta antimanicomial, muitas experiências de transformação são revistas ou iniciadas.





Lei 10.216/2001



- Em 2016 a Lei 10.216 completou 15 anos e gerou debates acerca de seus impactos na Saúde Pública e, mais especificamente, na Saúde Mental, como o evento “15 anos da Lei 10.216” ocorrido no Instituto Municipal Philippe Pinel, em 17/06/2016, com a participação de formuladores da Lei como o ex-Deputado Federal Paulo Gabriel Godinho Delgado e seu irmão, o Psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado.
- Nesse evento foi destacado que um dos efeitos dessa lei foi a implantação de 2.328 CAPS (Centros de Atenção Psicossocial dos tipos I, II, III, CAPSi e AD) e 357 Residências Terapêuticas no Brasil (Brasil, Ministério da Saúde, 2016), como substitutivos ao modelo asilar.



- Foi igualmente salientado que a Lei pôde levar a saúde mental para regiões mais interiorizadas do país, ocupando cenários onde não havia nenhum tipo de serviço de saúde mental. Além de ter incorporado um número expressivo de profissionais, devido ao aumento de serviços criados, a Lei 10.216 contribui para uma maior discussão da desinstitucionalização e, especialmente, para o desafio do protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um todo neste debate.
- Destacou-se ainda a importância de se avançar na oferta de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, e buscar melhor qualidade e ampliação de serviços como parte do cuidado específico em saúde mental e da atenção primária.



OBRIIGADO !!

