

SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Bruna Carol de Araújo Silva

Graduanda em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Elizete de Souza Oliveira Santos

Graduanda em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Edvaldo Junior Rebecchi Rossi

Docente-Especialista; Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O presente artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre a história da loucura, bem como o processo de adoecimento mental, abordando a reforma psiquiátrica e a atenção à saúde mental, e fazendo uma reflexão sobre a importância do indivíduo e não somente da doença. Ocorre uma apreensão para com as consequências da loucura e não como o doente em si. Por isso, a descoberta da liberdade pela psiquiatria, coloca como necessário a retirada do doente mental do manicômio. Pois o homem apenas vai conseguir sua individualidade com posse de sua liberdade pessoal, que não é dada nem pelos fármacos nem pelo médico. Inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas, o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: loucura; transtornos mentais; antimanicomial.

INTRODUÇÃO

Pensando em toda a problemática da desinstitucionalização dos manicômios, o enfoque é no indivíduo, o alvo de todo o processo. O louco é posto, a cada vez, dentro ou fora de uma linha de confinamento entre exclusão e inclusão social; seu atravessamento varia conforme as mudanças da organização social (CAVICCHI, 2002).

Foucault (1975), por exemplo, afirmava que “[...] a loucura foi transformada em doença mental” com o advento do capitalismo, visto que o louco não tinha valor no mundo do trabalho alienado: o que não se encaixava na nova ordem social passou a ser visto como patológico anormal e, portanto, devia ser excluído e ou corrigido. Já, Birman e Costa (1994) explicitam a importância desse momento no qual a loucura passa a ser tratada em termos de doença, desvelando a apropriação médica da saúde mental, por meio da psiquiatria.

Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, dentro do seu desenvolvimento filosófico traz a proposta para o tratamento do louco sob um tratamento asilar um regime completo de isolamento, trazendo consigo o princípio de isolamento no mundo exterior (ENGEL, 2001).

A construção da loucura como doença mental e a propagação de instituições asilares especialmente destinadas aos alienados, assinalando “a formulação de políticas públicas de tratamento e/ou repressão dos doentes mentais, identificados com base nos limites cada vez mais abrangentes da anormalidade” (ENGEL, 2001, p. 330).

O objetivo deste trabalho é levantar a discussão e reflexão, de forma sucinta, a estruturação e transformações das políticas de saúde mental, desde os seus primórdios até o período atual.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido com base em pesquisa bibliográfica, com utilização de artigos científicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórias da Loucura

A loucura não foi compreendida desde sempre como doença mental. O conceito de loucura passou a se estruturar a partir do século XVIII com o início do século XIX, com o surgimento da primeira instituição construída apenas para os loucos (CARVALHO; CARVALHO; WEBER, 2009). De acordo com Pessot (1999)

“[...] o conceito básico de loucura varia pouco, da antiguidade até o presente: ela é a perda da autonomia psicológica implicando perda de liberdade e do autogoverno, seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento”.

Acreditando que estes podiam se recuperar, dando entrada em tratamentos com remédios, porém, a cura somente surgiu, quando realizado o isolamento e uma liberdade assistida. Este processo foi de extrema importância para o surgimento da Psiquiatria (CARVALHO; CARVALHO; WEBER, 2009).

Nem sempre a loucura foi vista como algo negativo, pois na Grécia Antiga, a loucura era tratada como algo divino, e era através de delírios que alguns privilegiados tinham visões divinas, o que não queria dizer, que essas pessoas fossem consideradas normais, mas que eram portadoras de uma desrazão, tendo que ter uma distância, para que fosse separado o sagrado do terreno (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Desde meados do século XVII, proliferam locais “especiais” a fim de “acolher” os que estavam à margem da sociedade. Com o objetivo maior de promover o bem-estar da burguesia, tais instituições reuniam aqueles que incomodavam por seus atos contrários aos padrões de conduta social (PESSOTTI, 2001).

Foi no século XVIII, onde começaram a dar maior valor para o pensamento científico fazendo com que a loucura passasse a receber maior atenção, sendo tida como um objeto para o saber médico, portanto, sujeita à cura. Além disso, surgiu o primeiro espaço terapêutico, que para ser mantido, necessitava de medidas para que fosse mantida a ordem (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Com o objetivo maior de promover o bem-estar da burguesia, tais instituições reuniam aqueles que incomodavam por seus atos contrários aos padrões de conduta social (PESSOTTI, 2001). Os locais especializados em tratar especificamente os alienados, os loucos, proliferaram no século XIX, com duas características básicas: estratégia médica e precaução social (FOUCAULT, 1997).

3.2 Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica constitui-se num conjunto de aparatos legislativos, jurídicos e administrativos, visando legalizar o processo de desinstitucionalização (CAMPOS; SOARES, 2005).

A desinstitucionalização indica o período no qual em consequências políticas sociais e de intervenções legislativas foi sancionada a definitiva crise da centralidade dos manicômios. A substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas gerou discussão não só entre os profissionais, mas em toda a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Barroso e Silva (2011) ressaltam que além das manifestações sociais e dos avanços científicos, diversos fatores levaram a reforma psiquiátrica ocorrer no Brasil.

Em 1964, iniciou-se por parte do governo a disponibilização aos manicômios particulares de recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país. Contudo, o modelo manicomial mostrou-se ineficiente, cronificante e desumano. As críticas a esse modelo tornaram-se fortes, especialmente na Europa, e culminaram, a partir da década de 1950, em um movimento político-social chamado de desinstitucionalização psiquiátrica (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

O modelo de assistência psiquiátrica ainda dominante, de acordo com a legislação, propõe o asilamento e a hospitalização do doente, o que gera um processo de exclusão do mesmo perante a sociedade, com fins de atender a segurança da ordem e moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001).

No entanto, a crise econômica da década de 1970 e início de 1980 apontaram a necessidade de cortar os altos custos destes manicômios que, somada aos diversos protestos e greves contra os maus tratos dos internos de sanatórios, contribuiu na motivação para a reforma psiquiátrica, e em tentativas de reformulação da política de saúde por parte do governo (ANDEREOLI et al., 2007).

Esse movimento visava à humanização do atendimento e buscava defender os direitos civis e humanos das pessoas com transtorno psiquiátrico (GONÇALVES; SENA, 2001).

3.3 Novos Rumos e Fronteiras da Atenção à Saúde Mental

O movimento de desinstitucionalização psiquiátrica somente ganhou destaque nas discussões públicas a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizadas no dia 18 de maio de 1987 em Bauru, São Paulo (BRASIL, 1988). Desta forma, a partir desta data, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (BARROSO; SILVA, 2011).

O impacto das propostas desses eventos contribuiu para a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, no ano de 1987 (MARAZANO; SOUSA, 2003). Os CAPS estão em sua maioria implantados em municípios de 20.000-70.000 habitantes (47%), ou em municípios de 70.000-200.000 habitantes (26,5%) (BRASIL, 2011).

A superação do paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e exclusão dos doentes mentais exige cuidados contínuos, conforme

escreve Souza (2008, p. 112). As novas modalidades assistenciais compreendem o sofrimento psíquico como um processo crônico que requer cuidados, mas que, no entanto, não incapacita a pessoa com sofrimento psíquico a viver ou trabalhar em comunidade (ROSA, 2011).

É necessária uma mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental, e revisões das práticas de saúde mental e postura crítica dos órgãos formadores de profissionais, como os da saúde e da educação. (GONÇALVES; SENA, 2001).

3.4 A Atenção da Família ao Indivíduo Com Sofrimento Psíquico

Segundo Ferreira (2010, p. 58), ao percebermos a singularidade de cada pessoa, sentimo-nos imbuídos de um pouco de arte, pois esta percepção além de tocar-nos em nossa própria singularidade contribui para o aperfeiçoamento humano e para a elaboração dos enigmas que nos atingem.

Vasconcelos (2005) chama a atenção para a importância da participação, na comunidade e na sociedade, dos familiares e dos sujeitos em sofrimento psíquico, por mais duras que sejam as situações de crises, pois suas vivências adequadamente cuidadas, elaboradas e compartilhadas podem produzir novos modos da sociedade e dos serviços de saúde mental se relacionar com a produção de cidadania, autonomia e vida desses sujeitos, em detrimento das vivências de exclusão e estigma.

Segundo Albuquerque et al. (2007, p. 1141) a família se depara com os modelos substitutivos em saúde mental ainda em adaptação às propostas da nova política assistencial psiquiátrica, o que gera dificuldades, no fornecimento de um apoio adequado aos familiares e aos próprios doentes mentais.

Para Sawaia (2010), a família deve deixar de ser vista como um lugar de Intimismo alienador e passar a ter a sua função emancipadora considerada, como adotando a afetividade e o reconhecimento do espaço comum, da paixão pelo comum como uma possibilidade de transformação e participação.

Assim, cada membro da família vivencia o sofrimento psíquico e elabora esse processo de modo singular (BORBAL et al., 2011). Desse modo, ao acolher o sujeito em sofrimento psíquico e criar novos modos e sentidos de vida, a potencialidade de criar saúde na família é evidenciada (BOFF, 2004).

Rolim (2004) enfatiza que na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, a família não deve ocupar o lugar de culpada pelo sofrimento psíquico, ou vítima, mas de protagonista no cuidado reabilitador.

A sobrecarga na família é apontada por Estevam et al. (2011) como consequência, dentre outros fatores, do comportamento do sujeito em sofrimento psíquico, dos sentimentos vivenciados nessa interação e das implicações socioeconômicas desencadeadas, que podem gerar o adoecimento e a medicalização dos cuidadores.

Para Pereira (2003), isso denota que o peso do sofrer psíquico, de quem vive e sente a doença mental, também tem sua extensão na família.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinstitucionalização nega a instituição, mas inventa outra que se apresenta com uma nova visão diante da loucura. A sociedade teve grande importância em todo o processo de reforma psiquiátrica estando por hora a favor de tratamentos asilares.

Não falar de saúde mental é violar o direito do sujeito com sofrimento psíquico, todo o processo de reforma conquistou o direito do indivíduo de serem tratados como sujeito que precisa de cuidados, mas que também precisa do olhar sem preconceito, tratamento digno e com respeito.

Desse modo, conclui-se que o sujeito enquanto doente, precisa dar continuidade à sua vida, mesma que não consiga se inserir no meio social por imediato, oferecendo possibilidades do indivíduo passar por este processo com menos sofrimento, e condicionando o novamente ao meio social, proporcionando-lhe bem estar e qualidade de vida, isso não somente no dia 18 de maio, mas em todos os outros dias também.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDREOLI, S. B. et al. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.29, n.1, 43-46, 2007.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 6, n. 34, p. 270-277, 2007.

BARROSO, S. M.; SILVA, A., M. Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Revista da SPAGESP, v.12, n.1, 66-78. 2011.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Organização Paulo Amarantes; Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994, p. 41 - 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 30 de maio de 2013.

FOUCAULT, M. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. Psicologia em Revista, v. 11, n.18, p. 219-237, 1995.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-americana Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.

VASCONCELLOS, V. C. A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

SOUZA P. J. C. Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia [Internet]. 2008

[acessado 2012 ago 23]. 1ª Ed. 111-29. Disponível em:
http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/Servico_de_Urgencia_Psiquiatrica%5B1%5D.pdf.