

A Reforma Psiquiátrica e o Modelo de Atenção Substitutivo: implicações contemporâneas

Dulcian Medeiros de Azevedo¹

Alyne Campelo da Silva²

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó/RN, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Caicó/RN, Brasil.

A Reforma Psiquiátrica (RP), concebida como um conjunto de mudanças operadas na política pública de saúde mental, no Brasil e no mundo, trouxe consigo uma série de alterações relacionadas com a assistência em saúde da pessoa com transtorno mental e sua família¹. Historicamente, o modo de encarar e tratar a loucura baseava-se no modelo manicomial/hospitalocêntrico, com estruturas asilares caracterizadas pela superlotação, más condições de trabalho profissional, maus-tratos e violação dos direitos humanos¹.

No Brasil, ações efetivas de contestação desse modelo segregacional ocorreriam no final da década de 1970, fundamentadas nas críticas ao saber psiquiátrico, à conduta médica e à negação dos direitos civis dos doentes, num período de reemergência dos movimentos sociais, em fins do regime militar, quando a sociedade decidiu lutar pela garantia e pela efetivação de seus direitos sociais¹. Atualmente, sabe-se que o objetivo da RP não se limita somente a transformações institucionais, técnicas ou administrativas, nem tampouco à implantação de serviços modernos e humanizados, mas também abrange uma intervenção nas relações entre a sociedade e a loucura.

A Reforma ganhou corpo a partir de 2001, quando da promulgação da Lei Federal nº 10.216, além de portarias ministeriais que viriam em consequência desse primeiro dispositivo legal². A partir de então, as propostas reformistas puderam ser implementadas com maior ênfase, a exemplo dos serviços substitutivos, proporcionando à pessoa com transtorno mental e usuário de substâncias psicoativas integração, convívio social e familiar, além de torná-los sujeitos ativos no processo terapêutico.

São considerados dispositivos substitutivos ao manicômio: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Centro de Convivência e Cultura; Urgência/Emergência Psiquiátrica; Leito Psiquiátrico em Hospital Geral; Ambulatório de Saúde Mental³; além do Consultório de Rua e da Unidade de Acolhimento, estes últimos voltados para usuários de crack, álcool e outras drogas, recentemente inseridos na rede, devido à epidemia de crack que o País vivencia.

Ao longo dos anos, os serviços substitutivos foram expandidos e fortalecidos pelo SUS, representados especialmente pelo CAPS, considerado o serviço porta de entrada para os pacientes. Dados da Sala de Situação do Ministério da Saúde mostram que já são mais de 1.990 CAPS em funcionamento, em 1.342 municípios brasileiros⁴.

O desafio na implantação dos serviços substitutivos perpassa não somente por mudanças estruturais/físicas, de condições materiais e equipamentos, mas, sobretudo, pela mudança do processo de trabalho em saúde mental. Isso requer uma nova filosofia de trabalho cotidiano, longe de qualquer semelhança com o paradigma hospitalocêntrico. Tal perspectiva é de acolhimento, estímulo à convivência social, quebra de estigmas e valorização de potencialidades.

Embora avanços existam com a RP, por vezes, a prática dos serviços substitutivos não dá a garantia de que a lógica desinstitucionalizante será aplicada, pois o risco de se reproduzir os mesmos mecanismos ou características do modelo manicomial é iminente⁵, por muitos motivos: formação profissional insuficiente; ausência de educação permanente em saúde; ausência de profissionais de saúde com perfil para a área; dificuldades na gestão dos serviços.

Se antes o desafio era no sentido de reverter a rede manicomial para serviços de atenção psicossocial, atualmente o desafio se concentra em fazer com que estes últimos operem sob total perspectiva de compor ações de cuidado integral e afirmação da cidadania⁶.

Outra questão considerada relevante é entender o motivo pelo qual os CAPS estão deixando de ser, em algumas realidades, o cenário de reabilitação psicossocial a partir do território⁷, para se tornar ambulatórios frequentados, crônica e intensivamente, pelos usuários⁸, numa situação de “dependência assistencial”, como se vê no modelo manicomial.

É preciso compartilhar o cuidado e ações de saúde entre os demais serviços do território, sobretudo por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), matricular e acompanhar casos, procurando minimizar esta “dependência” encontrada em alguns serviços, ou ainda, na (re)estruturação e (re)significação da rede de atenção psicossocial (RAPS), recentemente normatizada pelo Ministério da Saúde.

Ainda existem situações, em alguns municípios, que precisam de maior atenção, considerando que o enfoque psicossocial não é fácil de ser compreendido e executado, num contexto de cuidado em saúde que exige aprimoramento e capacitação dos profissionais, gestão eficiente dos recursos humanos, materiais e financeiros, dinamismo político e reconhecimento social. A partir disso, há a possibilidade de ser garantida a eficiência no cuidado ao doente e à família, tão propalada, mas muitas vezes não materializada.

As pessoas com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas em sua maioria são pessoas estigmatizadas, vítimas do preconceito da sociedade que associa a doença mental/uso de drogas à incapacidade e periculosidade. Isso sugere a instituição de mecanismos para amenizar o preconceito sofrido, transformando essas relações e incentivando a sociedade a conviver com as diferenças.

Defende-se que as mudanças propostas a partir da RP e da implantação dos serviços substitutivos devam enxergar os usuários de serviços de saúde mental como sujeitos capazes de contribuir para a construção da nossa história, antes impossibilitada por uma “cidadania proibida” em função de suas condições de saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 abr 2001, seção 1, p. 2.
3. Azevedo DM, Miranda FAN. A família e os serviços substitutivos em saúde mental: um recorte da produção bibliográfica nacional em enfermagem. Rev Enferm UFPE On line [Internet]. 2009; [citado 2013 maio 04]; 3(1):93-8. Disponível em: URL: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/257/295>
4. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [citado 2013 jul 10]; [cerca 1 p.]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
5. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de atenção psicossocial: percepção de familiares. Esc Anna Nery. 2011; 15(2): 339-45.
6. Macedo JP, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. Memorandum [Internet]. 2012 [citado 2012 fev 15]; 22:138-64. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a22/macedodimenstein01>
7. Cesar MP, Siqueira MM. A saúde mental na atenção básica. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2011 [citado 2012 jul 15]; 13(2): 1-2. Disponível em: <http://publicacoes.ufes.br/RBPS/article/view/1594/1194>
8. Nascimento AF, Galvanesse ATC. Avaliação da estrutura dos CAPS do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1): 8-15.