Espaço CREMERS

As transformações possíveis na atenção em saúde mental

ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR

Prof. Adjunto do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS
Março de 2007

19-espaço_cremers.pmd 308 9/1/2008, 10:39

Uma das características mais marcantes dos principais movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo inteiro é a manutenção da exclusão daqueles que não se enquadram nos modelos propostos pelos grupos que os adotam.

Sucessivamente, a história passou pelo modelo hospitalocêntrico, pelas comunidades terapêuticas, pela psicoterapia institucional, pela psiquiatria de comunidade, pela psiquiatria de setor francesa, pela preventiva americana e pelo movimento da antipsiquiatria. Permeando esses movimentos, acrescentaram-se as contribuições da psicanálise, das técnicas grupais e dos medicamentos. Em uma linha, o progresso no campo da neurociência, e noutra linha, os movimentos de controle social, impulsionaram muitas mudanças nos modelos de diagnóstico, tratamento e de acessibilidade aos serviços de saúde.

Os hospícios, os manicômios, as casas de alienados e de psicopatas assumiram a imagem do isolamento e da exclusão social. São mais lembrados pelos seus altos muros e pelo seu ambiente sombrio do que como casas de tratamento. O legado das contribuições de estudiosos da psicopatologia como Kraepelin, Kretschmer, Valejo-Nágera e tantos outros, fica ensombrecido pela merecida fama que adquiriram de depósitos desumanos. O tratamento dos doentes mentais passou a ser centralizado na internação hospitalar. Cristalizou-se assim a sua imagem mais forte, aliando isolamento e cronicidade.

A idéia de que se poderia avançar na reabilitação modificando o sistema de relacionamento intra-hospitalar entre a equipe técnica e o paciente teve seu ápice com a criação das comunidades terapêuticas. A partir de 1959, com Maxwell Jones, ganhou maior notoriedade. Vários hospitais se inspiraram neste modelo desde então. Propunham participação ativa dos pacientes nas decisões tomadas em práticas terapêuticas ocupacionais, nos cuidados com a organização e limpeza das enfermarias, na escolha de passeios e jogos, nas assembléias que discutiam problemas de relacionamento e administrativos. Além disso, nessas comunidades, também se redirecionou a hierarquia centrada no médico para ser distribuída pela equipe de saúde mental. A idéia central era a de que se poderia experienciar as relações humanas em um ambiente hospitalar de tal maneira que servisse de aprendizado para a vida na comunidade. Ainda assim, a dificuldade de transferir esse modelo para a vida extra-hospitalar continuou a limitar a expectativa de cura.

A Psiquiatria Comunitária, ou de Setor, francesa, ou Preventiva, americana, postulou levar para o ambiente comunitário, no meio onde as pessoas viviam, o tratamento e também a identificação de fatores de risco, buscando impedir o aparecimento ou minorar os efeitos da doença mental. Nos anos 60 e 70 houve grande expansão desse modelo, inclusive com programas governamentais em mais de um país sendo adotados. Entretanto, enfrentou resistências fortes pela tendência de "psiquiatrizar" a população, promovendo intervenções invasoras da privacidade em um tema tão movediço quanto a saúde mental. Também não foi capaz de resolver a questão da cronicidade e da tolerância da população com os comportamentos perturbados e perturbadores.

A antipsiquiatria, termo cunhado por David Cooper, encontrou em Laing, Huber e Basaglia seus mais conhecidos defensores. Na Itália, a aprovação da Lei 180, em 1978, conhecida como a Lei Basaglia, deu força à reforma psiquiátrica. A antipsiquiatria contestava fortemente não só o hospital psiquiátrico, mas todo o saber psiquiátrico, como um falso dispositivo de dominação a serviço das instituições dominantes. O hospital psiquiátrico era visto como um subproduto desse saber, apenas como uma instituição de exclusão dos indivíduos considerados diferentes e perturbadores da ordem social vigente.

19-espaço_cremers.pmd 309 9/1/2008, 10:39

É oportuno lembrar Foucault, dedicado a estudar as relações de poder nas organizações sociais, que postulou que o poder psiquiátrico se estabeleceu na pós-Revolução Francesa, quando foram criados dispositivos legais que modificavam o sistema jurídico penal da época. Antes, para tal crime se aplicava tal pena. Surgiram então as "circunstâncias atenuantes", entre estas a doença mental, que relativizavam a pena. Nos tribunais, ganhou força o diagnóstico psiquiátrico, e os juízes passaram a ter que dividir seu poder com os psiquiatras. Diluiu-se-se cada vez mais o poder absolutista real e do judiciário, e crescia o do médico e da psiquiatria. Assim ganhou corpo a psiquiatria, originária da medicina legal.

Paralelamente, desenvolveu-se a psicanálise, trazendo para o campo da saúde mental a proposta do inconsciente e da necessidade de compreender as fantasias subjacentes aos sintomas.

A partir dos anos 50 também se destaca o desenvolvimento da psicofarmacoterapia. Os novos antipsicóticos e sedativos de alta potência aliados aos tricíclicos e ao lítio tiveram importância decisiva na eficácia da sintomatologia mais grave da esquizofrenia, da então psicose maníaco-depressiva e das grandes agitações psicomotoras. Com esses resultados criaram-se as condições favoráveis para que a maioria dos pacientes pudesse permanecer em suas famílias e na própria comunidade durante muito maior tempo, e a internação hospitalar foi se tornando cada vez mais um recurso necessário aos casos de grande risco de vida, de danos irreversíveis potenciais, para esclarecimento diagnóstico e para acertos terapêuticos em situações mais difíceis à desospitalização. O ideal do rompimento do isolamento intramuros se tornou possível, e isso tem sido fundamental para possibilitar que todas as tentativas anteriores sejam exercidas com maior liberdade.

Nos países que adotaram reformas mais consistentemente, como Itália (em várias regiões), Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, França e outros, esses movimentos têm tido avanços e recuos. As justificativas são várias, desde ideológicas até financeiras.

A manutenção do modelo manicomial e hospitalocêntrico não tem mais encontrado defensores. Entretanto, o abandono desse modelo não tem garantias da criação de um outro modelo melhor. Apenas desconstruir um constructo não é garantia de que haja outro. No vazio dessa passagem, o abandono continua sendo largamente praticado. Os riscos da manutenção do modelo manicomial e hospitalocênctrico são substituídos pelos riscos da desatenção e da geração de movimentos de resistência baseados em fatos.

O maior problema da antipsiquiatria e de seus seguidores explícitos ou mascarados é a negação de todo um saber psiquiátrico, em bloco e total, que vai desde o diagnóstico até a psicofarmacoterapia. Uma vez estigmatizada a psiquiatria, e por extensão o psiquiatra, tudo que provém da área médica é depreciado no campo da saúde mental. Por outro lado, o maior problema dos defensores incondicionais do modelo hospitalocêntrico e da hegemonia médica é desconhecer tudo o que provém do conhecimento social, multidisciplinar e psicanalítico.

Nenhum movimento até agora conseguiu resolver as contradições entre suas propostas teóricas e a prática clínica. Em nosso entendimento, o maior desafio é o de poder somar os conhecimentos acumulados por várias áreas de saber e conviver com os limites de cada área de saber e aceitar o outro saber.

No Brasil, essas contradições também ocorrem. A legislação em saúde mental tem avançado praticamente através de portarias do Ministério da Saúde.

Nos últimos vinte anos houve uma redução significativa de leitos psiquiátricos (de 120 mil para menos de 40 mil). Ainda há uma população estimada entre 20 e 30 mil internos em hospi-

19-espaço_cremers.pmd 310 9/1/2008, 10:39

tais psiquiátricos há mais de dois anos, a maioria provavelmente em condições de alta hospitalar. No início de 2007, o Ministério da Saúde alcançou a marca de 1.000 Centro de Atenção Psicosocial (CAPS) criados no Brasil; criou os Centros Especializados em Dependência Química e em Adolescentes e Crianças. O lançamento do programa "De Volta para Casa", em 2003, tem garantido uma bolsa para as famílias que receberem parentes egressos de internações psiquiátricas com mais de dois anos de duração.

A partir dos anos 70 os progressos da psiquiatria e os movimentos de controle social têm se organizado para mudar o modelo hospitalocênctrico baseado na internação. Com várias emendas, um substitutivo foi finalmente aprovado no Congresso Nacional, e foi promulgada a chamada "Lei da Reforma" em 6 de abril de 2001.

Entretanto, a aplicação da lei carece de ações efetivas dos gestores da saúde pública no sentido de dotar a sociedade com os recursos adequados da rede integral de assistência que ela mesma propõe. A desativação de mais de oitenta mil leitos em hospitais psiquiátricos nos últimos vinte anos não foi acompanhada pelo adequado parque de leitos em hospitais gerais. Os serviços comunitários não suportam a demanda de atendimento psiquiátrico em número suficiente. O resultado desse descompasso é a superlotação dos serviços de emergência e pronto-atendimento, que não têm para onde enviar os pacientes que ali estacionam. Esses serviços acabam por se transformar em pequenos e inadequados hospitais, com insuficiência aguda de profissionais para o atendimento. As portarias dos hospitais são freqüentemente pressionadas por ordens judiciais de internação compulsória por falta de vagas, subvertendo totalmente o fluxo de atendimento.

É absolutamente imprescindível que as organizações de familiares e as entidades psiquiátricas e médicas em geral se unam para combater o desvio da assistência em saúde mental, intervindo com ações concretas para que a população seja adequadamente atendida.

LEITURAS RECOMENDADAS

Zusman, José Alberto. "Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas". Psiquiatria HOJE. Ano XXIV, número 2, 2002, p.8-16.

Figueiredo, Gabriel. "Ética e Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil".

Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde. 2002.

19-espaço_cremers.pmd 311 9/1/2008, 10:39