

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL¹

Lidiane Dos Santos Lawall², Sérgio Luís Allebrand³, Airton Adelar Mueller⁴.

¹ Trabalho de pesquisa junto ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Gestão Social, na UNIJUI

² Bacharel do Curso de Graduação em Direito da UNIJUI, lidiane_lawall@yahoo.com.br

³ Doutor em Desenvolvimento Regional pelo PPGDR/UNISC. Coordenador do Núcleo de Pesquisa do DACEC, e Coordenador da Linha de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão Social do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado-UNIJUI. Orientador, allebr@unijui.edu.br

⁴ Doutor em Sociologia pela Universidade Livre de Berlim (Freie Universität Berlin). Atualmente realiza estágio pós-doutoral PNPd-CAPES junto ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional na UNIJUI. Orientador, airton.mueller@unijui.edu.br

Introdução

Ao longo da história o tratamento dispensado ao indivíduo acometido de doença mental passou por transformações, o que se busca hodiernamente é a garantia de seus direitos fundamentais, bem como a observância aos ditames da cidadania, e dignidade. Nesse sentido as políticas públicas destinadas a este grupo social historicamente excluído são questões que merecem destaque, pois é através delas que se tem acesso aos serviços substitutivos de tratamento. Com a promulgação da Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual extinguiu os manicômios, se teve uma notável alteração na formulação de tais políticas com implantação da rede de serviços substitutivos no Brasil.

Faz-se necessário desfazer-se de preconceitos e ideologias enraizados na sociedade, particularmente por alguns profissionais da área da saúde, para analisar criticamente as políticas públicas da saúde mental no Brasil. Por obrigação imposta legalmente houve a implementação desta rede substitutiva de atendimentos, porém as falhas, e a ineficácia são inaceitáveis. As políticas públicas direcionadas à saúde mental devem seguir no sentido da construção da cidadania, e inserção à sociedade.

O presente trabalho objetiva analisar a implantação de políticas públicas a partir da criação do sistema substitutivo de tratamento a pessoa acometida de doença mental, a efetividade das mudanças ocorridas a partir da publicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. E ainda o alcance das garantias de proteção integral ao ser humano, e a sua integridade psicofísica.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida partindo do método dialético crítico, baseado nas categorias de historicidade, totalidade e contradição. Arelado a pesquisas qualitativas em material bibliográfico tais como: livros, artigos científicos, teses de doutorado e coleta de dados em sites.

Resultados e Discussão

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

Após uma longa jornada, de inúmeros congressos, discussões, seminários, debates, foi publicada a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Objetivando a positivação da reforma psiquiátrica no Brasil, e buscando garantir a dignidade e respeito humano em toda sua essência – o Projeto de Lei teve início em 1989, tal projeto teve algumas alterações, mas sua essência prevaleceu, pois destinava-se à regulamentação dos direitos da pessoa acometida de transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país.

Os esforços despendidos para a reforma psiquiátrica em nosso país tiveram como ator social impulsionador o Movimento Nacional de Articulação da Luta Antimanicomial, tendo como fundamento a desinstitucionalização dos doentes mentais.

Analisando o ciclo de formação de uma política pública, de maneira geral a criação baseia-se em: identificar o problema, que decorre da insatisfação dos atores envolvidos; a criação da agenda, que é o momento de escolher questões e os problemas que serão abordados; a formulação de alternativas para a solução dos problemas, como estratégias, programas e ações; a implementação é o momento em que se põe em prática as ações; a avaliação ocorre com a fiscalização e acompanhamento para avaliar se ocorreu o êxito ou o insucesso das ações; tais fases não seguem uma sequência, elas se alteram conforme o tema abordado (MEDEIROS, 2015).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, notavelmente, teve três momentos, o momento inicial foi nos últimos anos da ditadura militar, impulsionado pela afloração de movimentos sociais, sindicatos e associações que lutavam por liberdade e concessão de direitos que haviam sido cerceados na época. Pela pressão aumentou a participação de populares nos assuntos políticos, condições de trabalho, organização do Estado, políticas públicas, etc. De maneira geral, passou-se a reivindicar melhores condições de vida. Dentre estes movimentos emergentes surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que denunciam o sistema atual da assistência psiquiátrica. Ocorre neste instante a identificação dos problemas a serem contemplados com uma política pública (AMARANTE, 1998, p. 90).

O segundo momento ocorre no início dos anos de 1980, quando parte do Movimento Sanitarista se integram com o MTSM, solicitando ao estado que sejam adotadas políticas públicas na área da saúde, que na época era cara, e elitizada. Surgem então iniciativas por parte do Estado para reestruturação de hospitais e trabalhar de forma conjunta e estrategicamente o Ministério da Assistência e Previdência Social e o Ministério da Saúde. Iniciam-se também serviços públicos da área de tratamento da saúde mental, e começam a surgir ideias que contemplam a criação do Sistema Único de Saúde, o que efetivamente ocorreu com a Constituinte de 1988 e a Lei n.º 8.080 de 1990. Após congressos e encontros realizados e a proposta do Projeto de Lei n.º 3.657/89, o qual propunha extinção gradual dos manicômios no Brasil, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica se distancia dos anseios do Movimento pela Reforma Sanitarista. Nitidamente neste momento ocorre a criação de agenda e formulação de alternativas das políticas públicas (AMARANTE, 1998, p. 91-94).

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

E no terceiro momento, que pode ser datado do ano de 1991 até os dias atuais, tem-se como a estratégia principal a da transformação da saúde mental, o que perpassa pela desinstitucionalização e pela proposição de uma maneira de tratar a doença mental levando em consideração as pessoas, inserindo-as na sociedade. Em pouco tempo a mobilização toma conta do país, o que destaca é a implantação de uma rede de serviços fora dos hospitais. E neste momento há ainda a formulação de alternativas, e a implementação das políticas públicas.

A rede de serviços substitutivos, baseia-se na criação das Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Núcleos de Trabalhos Cooperados, e ainda o atendimento pelo Sistema Único de Saúde pelo apoio matricial, que é a forma de produzir saúde em que duas ou mais equipes compartilham uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Além disso, há ainda ramificações como os Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-dia, dentre outras ações, tem ocorrido em vários Estados e Municípios.

Cabe ressaltar que no Rio Grande do Sul, houve a publicação da Lei n.º 9.716, de 07 de agosto de 1992, antes da publicação da Lei nacional a qual extinguiu em todo o país os manicômios, tal Lei do nosso Estado, dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, e assim se dá início a uma série de ações conjuntas do particular com o Estado (SILVA, 2004).

Uma das alternativas proposta pela Lei n.º 10.216/2001 é a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, serviço este que foi introduzido pela Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde. Foi estabelecido que tais moradias devem ser situadas em área urbana dos municípios com o intuito de atender a necessidade de moradia às pessoas acometidas de doença mental egressas de manicômios e hospitais psiquiátricos que não tem vínculo social e familiar, ou ainda moradores de rua que estejam vinculados aos tratamentos dispensados nos CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Estado do Rio Grande do Sul, até o momento há apenas trinta e quatro Residências Terapêuticas situadas em cinco municípios: uma em Viamão, uma em Caxias do Sul, uma em Alegrete, uma em Bagé, e trinta em Porto Alegre. Em cada residência pode haver no máximo oito moradores. Há acompanhamento objetivando a reabilitação psicossocial. Dá-se prioridade de implantação destas Residências aos municípios nos quais há instalação de hospitais psiquiátricos e CAPS. (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Basicamente há dois grandes tipos: SRT I - este suporte serve para inserir os moradores à vida social, o tratamento é despendido pelo CAPS e Agentes Comunitários de Saúde; e o SRT II - neste suporte são alocados pessoas que passaram basicamente a vida toda institucionalizada, e que não possuem condições de residirem em outro local, nestes locais os cuidados são mais intensos, há assistência em vinte e quatro horas por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com o advento da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, e a publicação da Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, houve oficialmente a criação dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS. Sobre o alcance do atendimento, são assim separados: CAPS I e CAPS II: para atendimento

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III: é um serviço ambulatorial de atenção contínua durante vinte e quatro horas por dia à população com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS AD: para usuários de drogas e álcool, e o atendimento é diário aos portadores de transtornos que decorrem do uso e/ou dependência de substâncias psicoativas, com intuito de desintoxicação; CAPS I: atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; atendimento individual do doente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Há ainda, o chamado Hospital-Dia para saúde mental. Trata-se de um sistema intermediário entre o atendimento ambulatorial e uma internação hospitalar, onde há uma estrutura física, onde se concentra pessoal qualificado para fornecer atendimentos aos doentes em sistema ambulatorial. O período de internação não pode ultrapassar doze horas. Os pacientes destes estabelecimentos têm sofrimentos psíquicos como depressão, ansiedade, fobia, solidão, medo, baixa autoestima, transtorno de humor, entre outros. O objetivo é o atendimento à pessoa com sofrimento psíquico e não tratar um indivíduo com doença mental (ZIEGELMANN, 2004).

O Governo Federal, através da Lei 10.708/2003, instituiu o programa de auxílio e reabilitação para pacientes egressos do sistema de internações psiquiátricas, intitulado de Programa de Volta Para Casa. Ocorre que nem todos os pacientes mantiveram vínculo com sua família, uns não reconheciam a sua família, ou a família não tinha qualquer interesse na volta do indivíduo para casa.

As críticas referentes aos serviços substitutivos são no sentido de que não há qualquer incentivo à reinserção na sociedade, não é incentivado o contato com familiares, os internos não têm meio de transporte disponível, já que muitas vezes os estabelecimentos ficam em áreas rurais ou distantes. Em alguns casos se exige a obrigatoriedade de apresentação do exame negativo de HIV, o que é proibido pela Constituinte de 1988, assim como a proibição de saída de adolescentes para frequentarem a escola, mesmo que em plena idade escolar, visivelmente estamos diante da safé de avaliação da política pública (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

A última publicação do relatório de inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos é datada de vinte e dois de julho de 2004, realizado pela Ordem dos Advogados no Brasil juntamente com o Conselho Federal de Psicologia. Foram visitados dezessete estados do Brasil.

O que foi presenciado nesta visita a clínicas psiquiátricas, hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais, foi que o tratamento tem como pilar a negação dos direitos humanos dos pacientes, e há grande número de carências, desde pessoal, estruturais, financeiras, não há privacidade nos banheiros, a água de chuveiros é fria, não há assentos em vasos sanitários, alguns até desprovidos de pias e papel higiênico; portadores de HIV sem tratamento adequado, e pessoas com tuberculose convivendo com outras sem a doença, que é facilmente transmitida; nos dormitórios não há lençóis e cobertores, alguns inclusive sem colchões, e ainda em camas de alvenaria; não há relógios e calendários, logo os pacientes permanecem sem orientação temporal, não há separação entre adultos e crianças, sem água potável para beber, em poucos locais foram vislumbrados internos despídos, porém os espancamentos e abusos sexuais são recorrentes, dentre outros meios de abusos.

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

Quanto aos projetos terapêuticos, existem apenas formalmente, assim como práticas de exercícios físicos, e incentivos não há na maioria das vezes a aplicação efetiva destes planos, nem ao menos há espaço, equipamentos e pessoal para isso, ainda não há estímulo a ressocialização ou integração com a sociedade. Nos prontuários não há muitas informações sobre quantidade de medicamentos, e acompanhamento individualizado. Quanto eletroconvulsoterapia, ela ainda é aplicada em alguns estabelecimentos de tratamento psiquiátrico e em alguns casos de necessidade os pacientes são encaminhados ao Hospital de Terapia Intensiva, que oferece a eletroconvulsoterapia como procedimento cirúrgico. E mesmo que os acompanhantes da visita digam que não aplicam ECT (eletroconvulsoterapia), muitos locais abrigam estes equipamentos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA E ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2004).

Conclusão

Diante da pesquisa realizada, conclui-se que há a deterioração deste sistema substitutivo que contempla o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais. E agravado ainda, pelo corpo social, político e estatal esquivar-se de falar sobre o assunto, um problema que a maioria não quer enfrentar, assunto ignorado pela grande massa. Se houver recursos adequados, instituições funcionando acertadamente, serviços de apoio comunitário e pessoal com boa formação, respeito à Constituição Federal, normas referentes os Direitos Humanos, a legislação específica sobre este assunto terá pouca importância.

Uma política pública entre outras formas contempla jurisprudências, leis, programas públicos, incentivos promovidos pelo Estado, ações integradas entre o Estado, ações do grupo social interessado e da sociedade em geral, e pode ser iniciada de diversas maneiras, mas neste caso se deu por meio de uma crise, culminando em revolta dos movimentos sociais impondo que o Estado promovesse a criação de políticas públicas voltada para área da saúde mental e forçando o Poder Legislativo a publicar leis nesse sentido. E para analisar efetivamente a eficácia das políticas públicas deve haver controle social, fiscalização, e acompanhamento, das execuções de ações, da aplicação dos recursos financeiros, e a avaliação de gestão em todos os níveis da federação.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Direitos Humanos. Doença Mental. Políticas Públicas.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In. AMARANTE, Paulo; BEZERRA JR, Paulo (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 41-55.

BRASIL. Lei n.º 10.216/01, 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 03 mar. 2016.

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA E ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Direitos Humanos – uma Amostra das Unidades Psiquiátricas Brasileiras. 2004. Disponível em: < <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/unidades-psiQuiatricas.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: 2004. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 21 de mar. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 336, 19/02/2002. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/susdeaz/.../39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em 28 mar. 2016.

MEDEIROS, Elisete Batista da Silva. A política nacional de desenvolvimento regional do Brasil: interfaces e articulações na sua construção. Políticas Públicas. Ciclo das políticas públicas. Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Desenvolvimento. 2015, p. 65-88.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Organograma: Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: < <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=716>>. Acesso em 21 de mai. 2016.

SILVA, Maria Cristina Carvalho da. História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In. NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do et al (Orgs.). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. Porto Alegre: CRP – 7º Região, 2004, p. 109-125.

TAVARES, Viviane. Avanços e retrocessos na luta antimanicomial. 2013. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Destques=0&Num=746>>. Acesso em 29 jan. 2016.

ZIEGELMANN, Luis. Uma experiência inter/transdisciplinar em hospital-Dia da Saúde Mental. In. NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do et al (Orgs.). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. Porto Alegre: CRP – 7º Região, 2004, p. 127-139.