Boletim da
Atenção Psicossocial Carioca

RIO PREFEITURA
SAÚDE

MAIO. 2019, Nº 6

18 de maio. Agora mais do que nunca!

O Brasil, no final dos anos 70, já chegou a ter 98 mil leitos psiquiátricos. A maioria destes mantidos em unidades privadas, financiadas por recursos públicos a partir da venda de serviços para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Locais de isolamento social, mortificação e experiências degradantes de descaso para com os desvalidos, os manicômios (ou como querem os arautos da velha psiquiatria, os "hospitais especializados") se apresentavam como a única possibilidade de tratamento para os loucos de todos os gêneros. Por anos, representaram uma parte tenebrosa da história das políticas públicas no Brasil e foram objeto de uma onda de indignação que ganhou corações e mentes.

No processo de desconstrução do legado do regime autoritário, quando o Brasil lutava por democracia e justiça social, o movimento por um sistema público e universal de saúde, conhecido como Reforma Sanitária, e o movimento pela transformação da assistência em saúde mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica, representaram duas das principais conquistas de uma sociedade que se reinventava. A construção de iniciativas de novos modelos de cuidado e a formulação de um avançado arcabouço legal para dar sustentação ética e política para um novo modo de operar a atenção à saúde de forma solidária, com especial olhar para com a vulnerabilidade, foram marcos das conquistas obtidas nas lutas pela cidadania plena.

A mudança da relação da sociedade com a loucura e a luta pela garantia dos direitos engendraram um movimento social por uma sociedade sem manicômios, pelo sonho do fim do confinamento e da exclusão e por sua substituição por dispositivos criativos e descentralizados com potência para garantir o acesso e o cuidado para com o sofrimento psíquico.

Durante os últimos vinte anos assistimos à implementação de milhares de unidades e serviços de atendimento comunitário para portadores de transtorno mental, com equipes multiprofissionais, substitutivas do modelo hospitalar, com capacidade e alcance para trabalhar em rede e articular recursos no território, que demonstraram ser possível o cuidado em liberdade.

A mudança da relação da sociedade com a loucura e a luta pela garantia dos direitos engendraram um movimento social por uma sociedade sem manicômios, pelo sonho do fim do confinamento e da exclusão e por sua substituição por dispositivos criativos e descentralizados com potência para garantir o acesso e o cuidado para com o sofrimento psíquico.

Egressos de longa permanência institucional puderam contar com estruturas residenciais adequadas às suas necessidades individuais, com suporte de renda mínima para a vida na cidade com dignidade. Realizamos intervenções culturais para ampliar o debate e a visão da loucura como parte inerente e respeitável da sociedade. Mas seguimos com nossas contradições e conflitos: no modo de ver a gestão dos recursos, na forma de sustentação da responsabilidade pelo cuidado, nas múltiplas visões de se entender a execução das políticas públicas do Estado Brasileiro com sua histórica conformação jurídico-administrativa.

Por vezes, dividimos nossos esforços em grupos divergentes deixando de investir na garantia do acesso, na qualificação técnica e estrutural dos dispositivos de saúde mental, perdendo a oportunidade de obter recursos para consolidação do modelo comunitário de atenção psicossocial integrado à atenção primária de saúde.

O inegável protagonismo das famílias e dos usuários nas frentes da luta antimanicomial demorou a ser assimilado, em sua potência como agentes de cuidado, pela prática das equipes técnicas, as quais vêm progressivamente, mas lentamente, reconhecendo a valiosa contribuição desses atores para qualificar a experiência de vida/sofrimento psíquico.

A rigidez de algumas disciplinas e a demonização da atuação médica do campo do sofrimento mental empurraram a prática psiquiátrica para sua vertente biológica e instrumental, distanciada da compreensão do sofrimento como resultado de contextos sociais, familiares, políticos e culturais de um indivíduo ou grupo social.

Dia da Luta Antimanicomial. Evento no Circo Voador.

Produzimos tanto atores resistentes à radicalidade da luta antimanicomial e ao cuidado comunitário, como adeptos da radicalidade retórica desconectada do necessário agir social que lhe dê legitimidade e se responsabilize pelo cuidado em liberdade.

Nesse percurso somos confrontados pela (re)tomada do poder por parte de grupos que defendem de forma explícita o confinamento dos loucos e "drogados" em espaços institucionais sustentando a velha bandeira do tratamento moral como alternativa à degradação social causada, sobretudo, pelo uso de drogas ilícitas e com a inversão do financiamento das ações de saúde para afirmação do modelo de exclusão.

Para nós que sustentávamos o anseio de luta contra os manicômios mentais que habitam a nossa experiência social, agora, temos que organizar nossas fileiras para defender nossos avanços, nossas experiências exitosas, mas ainda pouco validadas socialmente, do mesquinho e equivocado financiamento das ações de saúde.

A "nova" política de saúde mental tem o cacoete de duzentos anos de psiquiatria temperada com a retomada de poder dos coronéis dos latifúndios manicomiais, avessos à construção de relacionamentos respeitosos para com os desvalidos e desvairados párias da sociedade dos senhores.

Sem qualquer verniz, se estabelece um forte financiamento das diárias hospitalares dos manicômios, agora inseridos na rede de atenção psicossocial e se produz a indução de práticas excludentes e de confinamento, investindo no aporte das internações involuntárias ou mesmo compulsórias de grupos vulneráveis.

Temos uma declarada política de retrocesso civilizatório.

Vamos para as ruas, vamos celebrar a liberdade, defender os vulneráveis e seguir com o sonho de uma sociedade sem manicômios!

Saúde Mental no território

Os CAPS na tragédia de Muzema

Na manhã de 12 de abril de 2019, três dias após enfrentar fortes chuvas, o Município do Rio de Janeiro se viu novamente frente a um desastre. Dessa vez o acontecido foi o desabamento de dois edifícios na comunidade da Muzema, na Zona Oeste da cidade. Foram 24 vítimas fatais, famílias inteiras perdidas na queda dos prédios. No cenário de desolação, em que familiares e outros membros da comunidade aguardavam apreensivos pela busca de sobreviventes, anunciava-se uma tragédia territorial com intenso sofrimento. "Estão precisando de Rivotril!", foi o pedido inicial que chegou até nós.

Neste panorama Centros de Atenção Psicossocial da Área Programática 4.0 se convocaram e foram convocados, inicialmente, para uma demanda que vinha como necessidade de respostas ao manejo emergente no que tange ao subjetivo e que facilmente, diante do ocorrido, traduziria-se numa resposta medicamentosa. Assim, dez profissionais, dentre eles gestores, profissionais da equipe multidisciplinar dos CAPS e Superintendência de Saúde Mental (SMS), deslocaram-se prontamente em destino a Muzema, por acreditarem que teriam função diante dessa catástrofe.

No caminho, havia muitas barreiras para acessar o local, com diversos pontos de alagamento e congestionamento. Foi preciso caminhar quilômetros em meio a lama e subidas íngremes, com asfalto quebrado, até chegarmos ao local da tragédia. Encontramos um cenário devastado pelas chuvas e uma comunidade em sofrimento em meio aos escombros. De um lado, familiares desesperados a espera de notícias, buscando formas de se aproximarem do local. Do outro, rostos apreensivos por alguma informação aguardavam, ansiosos, nas barreiras construídas pelos profissionais da defesa civil e guarda municipal com o intuito de reduzir os riscos e minimizar os impactos. Havia ainda outros segmentos de diferentes setores tais como bombeiros, assistência social, saúde, polícia militar, que arduamente trabalhavam na tentativa de buscar e retirar pessoas soterradas e produzir algum conforto para aos que ali estavam.

Uma rede de solidariedade se construiu. No local, alguns vizinhos abriram suas portas e emprestaram suas casas para serem usadas como base para aqueles que estavam trabalhando, o que potencializou os recursos territoriais, de modo que esses espaços

Foto: Marcos Serra Lima/G1

tornaram-se fundamentais para viabilizar a oferta de primeiros socorros, guarda e utilização de insumos diversos, atenção médica imediata, mapeamento do local do desabamento, levantamento e registro de familiares. Além da disponibilização das casas, a comunidade trazia comida, café, água e também conforto aos que sofriam a espera por notícias.

Era grande o desafio de trabalho que estava colocado para nossa equipe, pela crise instalada e pelo cansaço dos profissionais que havia horas trabalhavam arduamente tentando retirar as pessoas dos escombros. A partir da cena encontrada e das ações que já estavam acontecendo, organizamos uma equipe de Saúde Mental, integrada no território, que nomeamos, de "brigada de Atenção Psicossocial", onde produzimos ações intersetoriais e interdisciplinares partindo do direcionamento dado pelos bombeiros.

Nosso trabalho constituiu, então, em algo mais além do que o apoio psicológico aos familiares e sobreviventes que, aquela altura, só queriam respostas que aplacassem suas dores. Fizemos contato com familiares e vizinhos, recolhendo informações necessárias para a gestão de risco, mapeamento dos prédios e, a partir dos relatos, reconstruir com precisão os locais onde pudessem haver corpos. Um a um foi sendo identificado. Cada cômodo foi ganhando sua devida localização e, em pouco tempo, tínhamos o cenário da tragédia mapeado. Sabíamos a quem procurar e de quem cuidar: Todos que sofriam com a perda de amigos, familiares, moradores, de seus pertences e com a desapropriação de seus imóveis.

Em meio a isso, aproveitamos para registrar informações e contatos para rede de apoio aos familiares das vítimas, a fim de darmos seguimento ao cuidado que precisariam.

Deste modo, o trabalho mais sensível da Atenção Psicossocial trouxe elementos para que os bombeiros, por exemplo, pudessem identificar e encontrar mais pessoas através do mapeamento territorial, bem como aproximação e conexão entre as equipes. Nossa presença ampliou o acesso e acolhimento, tão importante para os que estavam atrás da fita de proteção que isolava o local da tragédia. Seguramos nas mãos das pessoas, lado a lado, muitas vezes no silêncio. Quando alguém dava sinais de mal estar, nos presentificávamos tanto para uma aferição de pressão quanto para uma disponibilidade de escuta atenta, que traziam efeitos imediatos de alívio e conforto.

Em uma rede tecida por vários, fomos fazendo algum aporte e continência e o vazio pôde encontrar na atenção psicossocial um anteparo. Essa experiência vivida em ato nos mostra que nosso trabalho se faz onde estão as pessoas, a comunidade e o território. É nesse momento de tanta dor e perda, e por isso mesmo, só no coletivo alguma forma de cuidado seria possível.

Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossocial lançam-se em novos desafios, de repensar a função do território, crise e cuidado, (re)afirmando os CAPS na Rede de Atenção à Saúde como dispositivos estratégicos e essenciais na nova conjuntura social .para pessoas em sofrimento psíquico.

Nota: Texto construído em parceria com os profissionais que participaram das ações em Muzema.

Que CAPS é esse?

FRANCO BASAGLIA

Franco Basaglia foi um médico psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática, nascido em Gorizia em 1924 e falecido em Veneza em 1980. Iniciou sua carreira profissional após a 2ª Guerra Mundial no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cuja direção assumiu buscando a melhoria das suas condições de hotelaria e a qualificação das relações com os internos.

A convivência com a miséria humana, criada pelo próprio manicômio, o fez compreender que seriam necessárias transformações profundas na assistência psiquiátrica e nas relações entre a sociedade e a loucura. Basaglia apontou que chamava de "duplo da doença mental" apontando que resultado da institucionalização vinha se somar aos danos causados pela experiência da loucura propriamente dita.

Basaglia criticava a psiquiatria clássica por esta partir do princípio do isolamento do louco (o hospital como lugar do tratamento), produzindo mais sofrimento pelo isolamento social e pela violência das suas intervenções. Ele defendia que a psiquiatria necessitaria contar com profissionais de um novo tipo que fossem capazes de lidar com a complexidade da loucura.

Em 1970, assumiu a direção do Hospital de Trieste e logo iniciou a queda de seus muros e o processo de fechamento da unidade, promovendo a sua substituição por uma rede de serviços comunitários que funcionavam visando garantir o atendimento dos usuários de cada território, além de cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas e serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral.

Em 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi completamente fechado e a experiência de Basaglia foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como principal referência mundial para uma reformulação da assistência psiquiátrica.

O processo político desencadeado por essas ações levou ao debate e aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como Lei 180, outra referência mundial para os processos de transformação das formas de relação da sociedade com a loucura.

Franco Basaglia esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências que contribuíram para o movimento pela Reforma Psiquiátrica no país.

O CAPS Franco Basaglia, localizado em Botafogo se refere também à pioneira experiência de parceria da gestão municipal com a Organização Não Governamental Instituto Franco Basaglia, que promovia estudos e a divulgação de idéias, projetos e iniciativas por uma sociedade sem manicômios.