

POR UMA CURITIBA ANTIMANICOMIAL

Contribuições ao debate da Saúde Mental Pública em Curitiba/PR

*Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba/PR
12 e 13 de abril de 2010*

A Reforma Psiquiátrica, reverberação do projeto de Reforma Sanitária brasileira e das movimentações sociais em defesa da saúde pública e de um novo entendimento das determinações sociais do processo saúde-doença, visa à construção de uma rede de equipamentos capazes de possibilitar a promoção de saúde, o tratamento, e a reinserção social, conformando recursos substitutivos às instituições manicomiais, como os hospitais psiquiátricos.

O modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico tem se mostrado insuficiente e inadequado no auxílio às pessoas que possuem transtornos mentais, incluindo os que se desenvolvem pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas. Ao centrarem o tratamento nos aspectos sintomáticos e no isolamento social destes homens e mulheres, não possibilitam a construção de autonomia e de seus projetos de vida, reforçando a dependência e a cristalização do papel de doente. Na questão da drogadição, observa-se ainda o fenômeno de criminalização do usuário.

Ao longo da história, as instituições psiquiátricas vêm se desenvolvendo com a premissa de que é preciso isolar o louco para conhecê-lo e dominá-lo, através do tratamento essencialmente psicofarmacêutico. A busca por uma normalidade plena levou estas instituições a servir como meio de tirar do convívio da sociedade tudo o que é diferente, o que causa estranheza ao que é o padrão determinado socialmente.

O modelo atual - o da desinstitucionalização -, promulgado pela lei 10216/2001 da Reforma Psiquiátrica, traz às práticas de assistência à saúde mental novos paradigmas, buscando superar a lógica do modelo asilar. O objeto de reflexão e ação passa a ser a complexidade da existência, compreendendo o sofrimento mental como parte desta e assim devendo ser abordado dentro da reprodução de vida de cada sujeito, e não excluído do contexto social.

Os cuidados não devem ser feitos mais a partir da centralidade médica, mas através de uma rede interdisciplinar, com a função de acolher o portador de transtorno mental e possibilitar a sua inclusão em espaços sociais dos quais foi colocado como ausente, devido ao processo de exclusão social e manicomial a que esteve submetido. Essa rede, composta por diversos recursos e cenários, deve ser construída dentro do território de produção de existência desse sujeito, onde ocorrem suas relações familiares e com demais pessoas, onde produz uma atividade de trabalho, de lazer, onde interesses e conflitos emergem, onde o sofrimento mental se produz. Ela deve incluir vários equipamentos do Estado (de saúde, educacionais, de assistência social, culturais) e comunitários (associações de moradores, etc.).

Compreendemos que em tempos de crise econômica acirra-se o discurso neoliberal que justifica o investimento de recursos públicos destinados às áreas sociais para que grandes corporações privadas como indústrias e bancos não 'quebrem'. A lógica que sustenta esta dinâmica de gestão garante que o Estado se exima de sua função de garantia de direitos sociais básicos, como a assistência a saúde mental – por exemplo - privatizando serviços e entregando a gestão dos que ainda são públicos ao terceiro setor.

Hoje se percebe a pulsante reorganização dos movimentos corporativistas da indústria manicomial (tanto hospitalar quanto medicamentosa) que pretende paralisar o processo de Reforma Psiquiátrica no país através do lobby nas bancas legislativas e da manipulação de fatos na mídia burguesa, por exemplo. Também tem se amplificado a rede de ONGs e OSCIPs que assumem a gestão parcial e majoritária dos serviços da rede substitutiva, muitas vezes desalinhando-os da política nacional de saúde mental e dos princípios básicos do SUS. Como exemplo, observamos a abertura de 114 leitos em Hospitais Psiquiátricos paranaenses - inclusive privados – sem o aval do Conselho Estadual de Saúde, o que contraria frontalmente a Reforma Psiquiátrica (que prevê a redução de leitos) e o controle social, que se pauta na transparência e participação popular.

Cabe mencionarmos que em 2008 a cobertura dos CAPS no Paraná foi de apenas 8%, abaixo da meta estabelecida no Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica (SISPACTO) que por sua vez, previa uma ampliação de 18%. Além do pouco investimento nestes Centros, entendemos que o CAPS como dispositivo isolado (sem a composição de uma rede intersetorial substitutiva) não tem condições de substituir o tratamento hospitalar. Nesse processo de construção de um aparato substitutivo ao hospital psiquiátrico, o CAPS deve funcionar como articulador na rede de cuidados em seu território, servindo como forma de assistência direta, contribuindo para construção de estratégias de acolhimento e cuidado.

Portanto, encaminhamos as seguintes propostas:

1. Reafirmar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, da Lei 10216/2001 e a Política Nacional de Saúde Mental do SUS, nas suas dimensões teórico-conceitual, técnicas, assistenciais, políticas, jurídicas e culturais.
2. Ampliar e aprofundar a implantação de uma rede de atenção substitutiva ao modelo manicomial, oferecendo formas de tratamento humanizado, cujo cuidado seja pautado no favorecimento da produção de subjetividade e na garantia de direitos dos usuários, contra qualquer abuso, exploração ou afastamento do convívio social.
3. Garantir a Redução de Danos, conforme política nacional, como proposta para o cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de drogas, promovendo assim a autonomia e protagonismo dos sujeitos neste cuidado. Pela qualificação e contratação de equipe própria para a Redução de Danos. Pela não culpabilização e criminalização dos usuários.
4. Que as três esferas ampliem o financiamento destinado à implantação de serviços substitutivos: leitos em Hospitais Gerais, Ambulatórios, CAPSad, CAPSi, CAPS (I, II e III), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de convivência, projetos de incentivo ao trabalho coletivo e geração de renda. Implantação de CAPSi com enfoque no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.
5. Garantir a implantação de CAPS III no município de Curitiba, conforme deliberações de conferências de saúde passadas, como equipamentos da rede substitutiva de atenção à saúde mental, em contraposição ao modelo hospitalar psiquiátrico.
6. Por mais investimento para estruturas da rede substitutiva além do CAPS. Ampliação do número de trabalhadores nos CAPS para além da equipe mínima prevista na Portaria nº336/MS.
7. Qualificação e capacitação continuada dos trabalhadores de saúde mental. Qualificação em Saúde Mental aos trabalhadores da Atenção Básica.
8. Fomentar junto a esfera federal a implantação de novo sistema de financiamento não atrelado ao faturamento, isto é, ao número de APACs – Autorização de Procedimento de Alto Custo, pois este atual sistema não corresponde ao funcionamento real dos CAPS.
9. Pela garantia que os recursos oriundos do fechamento dos leitos psiquiátricos sejam aplicados na rede substitutiva, conforme Resolução 14/2003 do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.
10. Que o estado do Paraná assuma efetivamente a PNSM/SUS e que a SESA destine recursos próprios (do tesouro estadual) para o financiamento das ações e serviços na área de saúde mental. Que o Estado garanta estes direitos sociais básicos, colocando-se contra a privatização da saúde e a mercantilização da doença, como prevê a lei 8080/1990.
11. Reorientar e reestruturar o atual modelo de gestão dos serviços de saúde mental de Curitiba, substituindo a lógica de serviços terceirizados para serviços de gestão efetivamente pública, com trabalhadores concursados.
12. Fortalecer o controle social através da implantação de Comissões Locais de Saúde (por equipamento), capacitando conselheiros para participação popular na construção das políticas públicas e para avaliação permanente dos serviços da rede substitutiva.
13. Defesa da integralidade na atenção à saúde mental. Pela construção de projetos comuns entre as diversas secretarias municipais, por meio de fóruns de planejamento colegiado, relacionados à temática de atenção integral aos usuários dos serviços da rede substitutiva, como indica o Conselho Nacional de Saúde.

ASSINAM:

CLAM PR – Coletivo da Luta Antimanicomial do Paraná

GRESS 11 – Conselho Regional de Serviço Social do Paraná

AMT PR – Associação de Musicoterapia do Paraná

SINDSAÚDE PR – Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços Públicos de Saúde Pública e Previdência do Estado do Paraná

SISMUC – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba

FOPS PR – Fórum Popular de Saúde do Paraná

CAP UFPR – Centro Acadêmico de Psicologia da UFPR

DCE UFPR – Diretório Central dos Estudantes da UFPR

CBAC UFPR - Campo Barricadas Abrem Caminhos da UFPR