ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.896-7316-1-LE.0402201035

Revista de Enfermagem UFPE On Line
ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

REFLECTION ABOUT OF THE BRAZILIAN PUBLIC POLITICIANS IN THE CONTEXT OF POST COLONIALISM

REFLEXÃO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS NA ÓPTICA DO PÓS-COLONIALISMO

LA REFLEXIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEÑAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL POST COLONIALISMO

Maria Odete Pereira[1], Sonia Barros[2], Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira[3]

ABSTRACT

***Objectives*:** to describe the public policy on mental health in Brazil and hold a reflection from the perspective of the standard of post-colonialism, by portuguese sociologist Boaventura de Sousa Santos. ***Method*:** this is a qualitative, descriptive literature from documents of the Ministry of Health and publications available in virtual libraries in health. Thus, were analyzed laws, ordinances and decrees published by the Ministry of Health. ***Results*:** currently, mental health care should have the territory as an area for care, and the Psychosocial Attention Center/CAPS — the equipament of choice. The CAPS is available to users: psychiatric care, psychotropic, nursing care, social assistence, individual and group therapies and workshops to generate income, with the solidary economy, such as counter-hegemonic strategy. To meet the demands of users, the CAPS should liaise with all social sectors and local health services, composing the "Network". ***Conclusion*:** the publics policies on mental health of ministry of Health of Brazil has its pillar in the Brazilian Psychiatric Reform. The emancipation of the person suffering from mental disorders should be considered with the participation of representatives of civil society, respecting the cultural and social differences existed in the country. ***Descriptors*:** brazilian legislation; health; mental health; psychiatry; postcolonialism; public policy; sociology.

RESUMO

***Objetivos*:** descrever as políticas públicas de saúde mental do Brasil e realizar uma reflexão sob a ótica do referencial do Pós-colonialismo, do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos. ***Método*:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo com a revisão bibliográfica documental do Ministério da Saúde e de publicações disponíveis nas bibliotecas virtuais em saúde. Assim, analisaram-se leis, portarias e decretos publicados pelo Ministério da Saúde. ***Resultados*:** atualmente, a atenção à saúde mental deve ter o território como espaço para o cuidado, sendo o Centro de Atenção Psicossocial/CAPS — o equipamento de eleição. O CAPS deve disponibilizar para os usuários: atendimento médico psiquiátrico, psicofármacos, cuidados de enfermagem, assistência social, terapia individual e em grupo, oficinas terapêuticas e para geração de renda, tendo a economia solidária, como estratégia contra-hegemônica. Para atender às demandas dos usuários o CAPS deve articular-se com os todos os segmentos sociais locais e serviços de saúde, compondo a "Rede". ***Conclusão*:** as políticas públicas de saúde mental do ministério da Saúde do Brasil sustentam-se na Reforma Psiquiátrica Brasileira. A emancipação da pessoa que sofre de transtornos psíquicos deve ser pensada com a participação de representantes sociais, respeitando-se as diferenças culturais e sociais existentes no País. ***Descritores*:** legislação brasileira; saúde; saúde mental; psiquiatria; pós-colonialismo; políticas públicas; sociologia.

RESUMEN

***Objetivos*:** describir la política pública en salud mental en el Brasil y mantener una reflexión desde la perspectiva del nivel de post-colonialismo, el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos. ***Método*:** estudio cualitativo, con busca en la literatura descriptiva del documento del Ministerio de Salud y las publicaciones disponibles en las bibliotecas virtuales en salud. Así, se analizaron las leyes, ordenanzas y decretos publicados por el Ministerio de Salud. ***Resultados*:** en la actualidad, la atención de la salud mental debería tener el territorio como un área de atención, y el Centro de Atención Psicosocial/CAPS — el equipo de su elección. El CAPS está a disposición de los usuarios: atención psiquiátrica, psiquiatría, enfermería, trabajo social, terapia individual y terapia de grupo y talleres para generar ingresos, con la economía, como la estrategia de lucha contra hegemónica. Para satisfacer las demandas de los usuarios, los CAPS debería establecer contacto con todos los sectores sociales y los servicios de salud locales, que componen la "red". ***Conclusión*:** las políticas públicas de salud mental en el ministerio de Salud de Brasil tiene sus pilares en la Reforma Psiquiátrica brasileña. La emancipación de la persona que sufre de trastornos mentales deben ser considerados con la participación de representantes de la sociedad civil, respetando las diferencias culturales y sociales existentes en el país. ***Descriptores*:** legislación brasileña; salud; salud mental; psiquiatría; poscolonialismo; políticas públicas; sociología.

[1,2,3]Universidade de São Paulo/USP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mails: m.odetepereira@gmail.com; sobarros@usp.br; marciaap@usp.br

Artigo da Tese de doutoramento ***Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas***.. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dez, 2009.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, em 2009, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou ainda de problemas psicossociais relacionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Dentre esses, a depressão grave é a principal causa de incapacitação e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de adoecimento no mundo.[1]

No Brasil, segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde 12% da população sofre de algum tipo de transtorno psíquico, inclusive em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.[2]

O País vive atualmente um conjunto de modificações recentes que estão sendo produzidas a partir do final da década de 1970, conhecida como Reforma Psiquiátrica, embora exista controvérsias a respeito da denominação.[3]

As mudanças conjunturais aqui vivenciadas não são recentes, pois nos primeiros anos da década de 1960 já se evidenciava o descontentamento por parte dos trabalhadores de saúde acerca da assistência de saúde que era prestada no País. Naquela época já era consenso geral que a assistência prestada em psiquiatria era de péssima qualidade.[4]

Em novembro de 1963, por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, tiveram início as discussões acerca da Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde. O período que seguiu foi marcado pelo movimento militar de 1964, sendo o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.[5]

Os esforços dos trabalhadores da área de saúde iniciados durante o regime ditatorial ganharam força, e em 1978 os trabalhadores da Saúde mental se polarizaram no Movimento dos trabalhadores de saúde mental - MTSM. Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM teve grande repercussão e, nos anos seguintes, junto com os usuários e familiares, suas ações fizeram avançar a luta, até atingir o caráter definidamente antimanicomial.[6]

Aconteceram no Brasil as três Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) que foram imprescindíveis para que o Movimento da Luta Antimanicomial pudesse chamar a sociedade para discutir e reconstruir a sua relação com o louco e a loucura. Essas Conferências colocaram em pauta o direito dos usuários à atenção integral e à cidadania; a reorientação do modelo assistencial, a organização rede de atenção na perspectiva da municipalização, e por fim, a reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.[6]

A expressão da crescente insatisfação por parte dos que prestavam assistência em Psiquiatria e dos assistidos fez com que o Congresso Nacional aprovasse a Lei 10.216 em março de 2001, depois de 11 anos de tramitação. Lei que reconheceu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de atenção em saúde mental, no Brasil.[5,7]

A partir dessa data inúmeras Resoluções, Portarias e Leis foram instituídas para o redirecionamento e financiamento do modelo de assistência em base territorial; desativação de leitos hospitalares e a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos.

A relevância para a proposição do presente estudo está na atualização e divulgação das atuais Políticas Públicas do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção em Saúde mental e sua análise, em uma perspectiva sociológica.

OBJETIVOS

Dessa forma, os objetivos do presente estudo são os de apresentar as atuais Políticas Públicas em Saúde Mental instituídas pelo Ministério da Saúde Brasileiro e realizar uma reflexão sob a perspectiva do Pós-colonialismo.[8]

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com a revisão bibliográfica documental do Ministério da Saúde e de publicações disponíveis nas Bibliotecas virtuais em saúde.

Leis e portarias foram elaboradas pelo Ministério da Saúde durante a década de 1990 e após regulamentadas ou substituídas. Dessa forma, o estudo se focará apenas nas legislações vigentes em 2009.

RESULTADOS

A fase iniciada a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental foi pontuada por mudanças no modelo assistencial e nas ações culturais e jurídico-políticas. No âmbito

assistencial, foi marcada pelo surgimento de outras modalidades de atenção que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. O relatório dessa Conferência traz orientação de que não se credencie ou instale novos leitos nas unidades psiquiátricas tradicionais, e que os leitos já existentes sejam reduzidos e substituídos por leitos em hospitais públicos gerais ou por serviços comunitários para a atenção ao doente mental.[9]

Assim, a partir da criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS em Santos, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços dessa natureza, os tornando modelos para todo o País. O surgimento do CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987, e do NAPS de Santos, em 1989 exerceu forte influência na criação ou transformação de muitos Serviços por todo o País.[7]

Em 29 de janeiro de 1992 foi assinada pela Secretaria Nacional de Assistência Social a Portaria nº 224, que estabeleceu as diretrizes e normas para os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Serviços ambulatórios e Hospitais-dia.[7]

Assim, o novo modelo assistencial reconfigurava o objeto de intervenção, considerando não mais a doença e sim o sujeito-social com transtorno mental, e por consequência, a sua finalidade passa a ser não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas e os instrumentos de intervenção, enfim, os saberes e as práticas.[9]

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, definiu novas diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Os NAPS existentes continuaram com a mesma nomenclatura, mas os novos Serviços passaram a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Essa Portaria se constitui um documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.[7]

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou um Manual com todas as informações acerca dos CAPS: conceitos, classificações, equipes profissionais, oficinas terapêuticas, distribuição de medicamentos e implantação de novos Serviços, entre outras.[10]

O CAPS é um serviço aberto do Sistema Único de Saúde, estabelecido no território, ou seja, na comunidade. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.[10]

A Portaria n. 189, de 20 de março de 2002, definiu o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial e de procedimentos realizados nesses espaços.

Por sua vez, a Portaria nº 728 de 10 de Outubro de 2002, inclui na tabela SIA/SUS o procedimento de Oficina Terapêutica para pessoas com transtornos mentais. Essa Norma é importante para os ambulatórios de saúde mental que já existiam na época.[7,10]

As oficinas terapêuticas são uma das principais estratégias para tratamento oferecido nos CAPS. Consistem em atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Várias atividades são definidas a partir do interesse expresso pelos usuários, das possibilidades técnicas da equipe, das demandas, tendo em vista a maior integração familiar e social, a expressão de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, assim como, a realização de atividades produtivas e o exercício da cidadania por todos os envolvidos.[11]

Em agosto de 1999, foi publicada a Portaria nº 1.077, que instituiu a aquisição dos medicamentos essenciais para a área de saúde mental. Todos os portadores de transtornos psíquicos atendidos pelo SUS passaram a receber todos os medicamentos necessários, de acordo com o diagnóstico.[7]

Em março de 2006, a Portaria nº 678 instituiu a estratégia nacional de avaliação, monitoramento, supervisão e apoio técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental, do SUS.[7]

Assinada em 11 de fevereiro de 2000, a Portaria nº 106 instituiu os serviços residenciais terapêuticos. Em complementação, por meio da Portaria nº 1.220, de 07 de novembro de 2000, todos os procedimentos para acompanhamento dos moradores das residências foram agrupados e incluídos na tabela SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.[12] A Portaria nº 246, de 17 de Fevereiro de 2005, destinou incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de

implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.[7]

A expansão e a consolidação dos Serviços Residenciais Terapêuticos é um dos pilares do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos internados por longos períodos de tempo. Pessoas que não tem para onde ir, pois não possuem suporte familiar e social suficientes para lhes garantir um espaço adequado para morar, devem ter garantido o seu direito à moradia e ao suporte de reabilitação psicossocial.[13] No Brasil, tem-se conhecimento de pessoa que viveu durante 67 anos em hospital psiquiátrico, saindo de lá apenas porque teve a oportunidade de ser abrigada em uma Residência Terapêutica.

O ritmo de implantação das residências acompanha os processos de desinstitucionalização em curso no País. Entre os anos de 2002 e 2009 foram implantadas 448 residências. Em junho de 2009 totalizam 533 Serviços no País, com 2829 moradores. O Ministério da Saúde tem por meta desinstitucionalizar até o final do ano de 2011 todos os 18 mil moradores dos hospitais psiquiátricos.[14]

A Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria; reclassificou os hospitais psiquiátricos em oito categorias; definiu e estruturou a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.[7] Esta Portaria regulamentou a avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar em Psiquiatria – PNASH.

A redução de leitos dos hospitais é uma das propostas do Ministério da Saúde para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Dessa forma, a Portaria Nº 52, de 20 de Janeiro de 2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Esse Programa, sempre pactuado com os gestores, estabelece que os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS.[7] Para os Hospitais Psiquiátricos que não aderiram ao Programa de Reestruturação Psiquiátrica, a Portaria 395, de 7 de julho de 2005 determina que os mesmos voltem a ser remunerados pela PT SAS 77, de 1º de fevereiro de 2002. No período de 2002 a junho de 2009 foram desativados 15.967 leitos.[14]

Uma importante política pública do Ministério da Saúde é o Programa "De Volta para Casa". A Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Essa Lei foi regulamentada pela Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, que definiu os critérios de inclusão de beneficiários no Programa; bem como o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários; a operacionalização do pagamento do auxílio-reabilitação e as competências federais, estaduais e municipais.[7] Em junho de 2009, estão sendo beneficiadas pelo Programa "De volta para casa" 3346 pessoas.

A Portaria nº 2069, de 24 de Setembro de 2004, habilitou municípios para realizar ações de reintegração social para pessoas acometidas por transtornos mentais e que tenham a possibilidade de acolher pacientes egressos de hospitais localizados em outros municípios, a integrarem o Programa "De Volta Para Casa".[15] Em adição, a Portaria Nº 595 de abril de 2004 habilitou os municípios sede de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (manicômios judiciários) a se integrarem o Programa.

A Portaria n° 2.197, de 14 de outubro de 2004 instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O documento destinou atenção especial à instituição dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, em hospitais gerais.[16]

Em complementação, a Portaria nº 1028, de julho de 2005 define as ações para a redução de danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para dependentes que não podem, não desejam ou não conseguem interromper o uso de substâncias químicas. A Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005 instituiu incentivo de R$50.000,00 para os municípios sede de CAPSad (CAPS que atendessem a usuários e dependentes de álcool e outras drogas) com mais de 100.000 habitantes, que estejam realizando ações de redução de danos.[7]

Para os municípios que não possuem CAPS ad, o Ministério da Saúde autorizou os que possuem CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, por meio da Portaria nº 284, de 5 de julho de 2005.[7]

A Portaria nº 1612, de 9 de Setembro de 2005 definiu normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços hospitalares de referência para a atenção

integral aos usuários de álcool e outras drogas — SHR-ad. Segundo dados do Ministério da Saúde, em junho de 2009, apenas 415 hospitais gerais disponibilizam leitos psiquiátricos. Em dezembro de 2008, o número de leitos psiquiátricos do SUS em hospitais gerais totalizava 2568. Em junho de 2009, o número de novos leitos em Hospitais Gerais previstos pelo Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD 2009-2010) nos 100 maiores municípios do Brasil, capitais e municípios selecionados, localizados em fronteira totalizam 2325.[14]

Na tentativa de minimizar a questão da pobreza, que envolve as pessoas com transtornos mentais ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.169, de 07 de julho de 2005, por meio da qual passou a destinar incentivos financeiros para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, para essas pessoas.[7]

Em 7 de março de 2005 foi publicada a Portaria Interministerial 353, que institui o grupo de trabalho de saúde mental e Economia Solidária.[7] Entende-se que a inserção no trabalho com remuneração é imprescindível para que a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais seja real, uma vez que se reconhecem cidadãos pelo trabalho.

O Programa de inclusão social pelo trabalho estimula ativamente a implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda no campo de saúde mental, através de incentivos financeiros e capacitações regionais para empreendimentos solidários. São fundamentais para a consolidação do Programa as parcerias do Ministério da Saúde com a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, e com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares/COPPE/UFRJ. Em junho de 2009 existem 345 projetos de geração de renda em saúde mental cadastrados no Ministério da Saúde.[14]

Em 29 de dezembro de 2006, a Portaria Interministerial nº 3347 instituiu o Núcleo brasileiro de direitos humanos e saúde mental.

Por fim, o Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007, aprovou a Política Nacional sobre o Álcool. Esse documento dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, incluindo também outras providências.[17]

DISCUSSÃO

A partir do século XV, assentou-se em múltiplas destruições criadoras, a constituição do sistema-mundo moderno e colonial. Os projetos civilizadores, libertadores e emancipadores, na ótica do ocidente, visavam a redução dos conhecimentos dos povos conquistados à condição de manifestações de irracionalidade e superstições. Seus saberes práticos e locais tiveram a sua relevância subordinada à ciência; seus usos e costumes foram subordinados ao direito do Estado moderno e suas práticas econômicas à economia capitalista. Suas organizações sociais foram reduzidas à relação dicotômica Estado/sociedade civil. Os povos colonizados tiveram suas expressões culturais e cosmologias reduzidas em superstições que foram submetidas a processos de evangelização e aculturação. Essas intervenções foram responsáveis pela subordinação e pela invisibilidade do Sul. Assim, a negação da diversidade é inerente ao colonialismo.[18]

Tanto as experiências das minorias sociais como os processos de transformação ocorridos nas sociedades "não ocidentais" continuariam sendo tratados a partir de suas relações de funcionalidade, semelhança ou divergência com o que se denominou Centro. Assim, o prefixo "pós" na expressão pós-colonial não indica simplesmente um "depois" no sentido cronológico linear; trata-se de uma operação de reconfiguração do campo discursivo, no qual as relações hierárquicas ganham significado. Colonial, por sua vez, vai além do colonialismo e alude a situações de opressão diversas, definidas a partir de fronteiras de gênero, étnicas ou raciais.[19]

As reduções arbitrárias promovidas pelos países colonizados, nas suas diferentes facetas, tornaram-se uma ortodoxa usual e provocaram efeitos de escavações arqueológicas nos países colonizados, uma vez que suas características iniciais não puderam mais ser recuperadas.[18]

No Brasil o colonialismo português promoveu uma descaracterização sócio-político-cultural do povo nativo. Assim, o modo de vida próprio daquele povo desapareceu e o que restou foram mecanismos de reprodução do modelo colonial, e de outros modelos europeus.

Na saúde, essa reprodução inicia com a implantação do primeiro Hospital da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia, em 1543, em Santos, sendo que a primeira Santa

Casa de Portugal foi fundada em 1500, em Coimbra.

O colonialismo consiste na ignorância de reciprocidade e incapacidade de conceber o outro de outra maneira que não seja como um objeto. O colonialismo objetiva a ordem, a regulação.[20]

Atualmente pode se evidenciar que o colonialismo vai além das dimensões econômicas e políticas, pois teve uma forte dimensão epistemológica, e que também por isso não terminou com o fim dos impérios coloniais. Percebe-se isso ao avaliar o modo como o Sul foi e continua a ser afetado por esse processo de colonização, sem o que não seria possível pensar a diversidade epistemológica do mundo.

Desde o período histórico colonial, o Brasil reproduz não apenas o modelo português, mas o modelo apresentado pelo colonizador, que na perspectiva do pensamento abissal, representa o Norte, enquanto o Brasil, o Sul. Da mesma forma, pode-se referir a Portugal como sendo o Sul do Norte, no contexto europeu.[20]

A relação colonial resultou em um pensamento de reprodução, pois em todos os âmbitos da vida social, outros modelos são reproduzidos. A reprodução se dá exatamente porque o colonialismo tem uma dimensão epistemológica, o que faz com que mesmo num período considerado pós-colonial, ainda se ancore as ações em um conhecimento outrora apreendido, sem que se rompa com esse paradigma.[19]

Assim, os chamados estudos pós-coloniais focalizam as manifestações culturais de nações que, como o Brasil, conquistou sua independência, após um longo período de dominação política e cultural. Neste estudo, essas manifestações estão relacionadas à elaboração das Políticas de Saúde brasileiras.

A abordagem pós-colonial constrói, dentro dos debates estruturalistas e pós-estruturalistas, a evidência de que toda enunciação vem de algum lugar e a sua crítica ao processo de produção do conhecimento científico que, ao privilegiar modelos e conteúdos próprios da cultura nacional dos países europeus, reproduziria, em outros termos, a lógica da relação colonial.[21]

Com relação à loucura, o Brasil sempre reproduziu os modelos eurocêntricos vigentes. Da liberdade nas ruas ao exílio nos manicômios, a forma de tratar o louco e enxergar a loucura foi norteada por prescrições européias, e que aqui foram integralmente reproduzidas.

O modelo excludente do hospital psiquiátrico foi instituído primeiramente por países europeus. No Brasil muitos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental reproduziram a eugenia mental e social prescrita pela medicina nazista alemã[22]; outros movimentos como os da antipsiquiatria e da psiquiatria comunitária e social. Assim, no Brasil todo o conhecimento epistemológico que permeia o conhecimento e a práxis em Psiquiatria foi importado da Europa ou dos Estados Unidos da América.

Na perspectiva pós-colonial, as políticas públicas em saúde mental brasileiras foram extraídas de modelos do Norte. Os ambulatórios e os serviços residenciais terapêuticos não foram modelos estruturais concebidos no Brasil.

Pode-se dizer ainda que nessa perspectiva, as diretrizes que nortearam as Políticas em saúde mental não eram genuínas, já que trouxeram modelos como: inglês, francês e italiano, para aqui serem mixados e adequados à realidade local.

Durante os anos de luta antimanicomial, o movimento dos trabalhadores em saúde mental contribuiu efetivamente para a formulação das Políticas públicas, e pode-se dizer que trouxe grande contribuição aos discursos da Saúde Coletiva. No entanto, hoje se observa um esvaziamento, pois falta a representatividade dos Movimentos Sociais no Ministério da Saúde, nos Órgãos colegiados.

As autoras fazem a seguir algumas provocações:

- É preciso resgatar a força de representatividade dos trabalhadores em Saúde Mental, para resgatar as subjetividades insurgentes tão marcantes e transformadoras que atuaram nas duas décadas anteriores.

- A experiência de Santos, com o fechamento do Hospital Anchieta e a implantação do NAPS certamente não está apagada na memória das pessoas e dos atores que vivenciaram aquela experiência. Aquele momento na história da psiquiatria brasileira permitiu a todos pensarem. O fechamento do hospital mostrou que era possível a implantação de um outro modelo e isso foi revolucionário, porque teve a participação dos Trabalhadores da Saúde Mental.

- A última Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em abril de 2001, portanto, há 8 anos. É imprescindível que aconteça a IV Conferência para que se avance o processo de Reforma Psiquiátrica, para que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental se revitalize e pressione o Ministério e gestores,

para a implantação de Centro de Atenção Psicossocial nível III, para que de fato a internação da pessoa em crise psíquica seja na comunidade. Para que a Rede seja de fato SUBSTITUTIVA (grifo das autoras) e não complementar ao hospital psiquiátrico, já que em quase a totalidade dos municípios brasileiros não se tem leitos de retaguarda nos Hospitais Gerais, e por isso as pessoas são ainda internadas no hospital psiquiátrico, e em regiões distante de sua moradia.

• Outra questão que se coloca em discussão é a questão da moradia. Parte das cotas de casas populares que são construídas pelo Governo deveriam ser destinadas às pessoas portadoras de transtornos mentais. Certamente, essas e outras questões entrarão na pauta de uma próxima Conferência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atuais Políticas Públicas do Ministério da Saúde brasileiro contemplam a assistência em Saúde Mental no território dos usuários, ou seja, na comunidade, tendo o CAPS como a modalidade de eleição para o atendimento, onde deve ser elaborado o plano terapêutico singular.[23]

O Ministério da Saúde objetiva também: reduzir os leitos em Hospitais Psiquiátricos; possibilitar a desinstitucionalização das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, reintegrando-nas em suas famílias, por meio de benefício financeiro do Programa “de volta para casa”; desinstitucionalizar pessoas sem família, fixando-as em serviços residenciais terapêuticos; promover a geração de renda por meio de projetos de Economia Solidária; e reduzir os danos aos indivíduos, comunidade e sociedade, decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas.

Na perspectiva da Teoria Crítica Pós-moderna[8], para que as Políticas Públicas em saúde mental do Ministério de saúde brasileiro superem a epistemologia colonial, devem emanar nas demandas sociais e serem construídas por pessoas que representem os interesses dos diferentes grupos sociais, que no Brasil são inúmeros, levando-se em consideração as diferenças culturais. Cabe ao Ministério da Saúde acolher e avaliar, mas não formular solitariamente as Políticas Públicas para o povo brasileiro.

Os Órgãos colegiados, por meio do controle social, revelam-se como adequados canais de comunicação entre os representantes do Ministério da Saúde e da população, para que as Políticas de Saúde não sejam verticalizadas, mas sim elaboradas horizontalmente, respeitando e representando, legitimamente, os interesses populares.

A elaboração do plano terapêutico individual é imprescindível para que o cuidado em saúde mental, ministrado no CAPS seja individualizada e integral, e que de fato, atenda às demandas de cada um dos sujeitos.

Por fim, a Economia Solidária é uma estratégia contra-hegemônica que concorre para a geração de renda, promovendo a autonomia do sujeito. Emanou dos movimentos sociais e os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego tomaram-na emprestada ao elaborar a Portaria nº 353, em 2005, e isso a torna legítima e pós-colonial.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior — Capes, pela Bolsa de Estágio de Doutoramento Sandwich, realizado em 2008, no Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia na Universidade de Coimbra, Portugal (PT).

À Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, pela orientação na elaboração da Tese, pelo estímulo e oportunidade concedidas, durante o doutoramento.

À Professora Doutora Sonia Barros, pela partilha de conhecimentos.

Ao Professor Doutor Boaventura de Sousa Santos, pela supervisão durante o Estágio de Doutoramento Sandwich, no Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal (PT).

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. [homepage na Internet]. A resolução de problemas mentais de saúde mental. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança; [atualizada em 2002 Abr 20; acesso em 2009 Ago 9] Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

2. Brasil. Políticas de saúde mental. [homepage na Internet]. Brasília: 2009 [atualizada em 2009 Fev 8; acesso em 2009 Set 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925

3. Amarante PD de C. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

4. Oliveira E de, Oliveira MAF de. O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

5. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2002[acesso em 2009 Ago 9];36(1):4-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf

6. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist Ciênc saude-Manguinhos. 2002 9(1):25-59.

7. Inverso. Saúde mental no SUS. Legislação brasileira em saúde mental. [homepage na Internet]. Brasília: 2007 [atualizado em 2009 Jan 22; acesso em 2009 Ago 12]. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12222.html

8. Santos, BS. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: Santos BS, organizador. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000. p. 55-117.

9. Barros S; Oliveira MAF, Silva, ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Ago 21];41:815-9. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf

10. Brasil. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília:DF. Ministério da Saúde. 2004; Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf

11. Lima MCP, Botega Neury J. Hospital-dia: para quem e para quê? Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 Ago 9];23(4):195-99. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf

12. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Ago 9] 11(3):785-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a13.pdf

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem? [homepage na Internet]. Brasília: 2004 [atualizado em 2005 Mar 20; acesso em 2008 nov 15]. Disponível em: http://www.inverso.org.br/blob/146.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados. [homepage na Internet]. Brasília; 2008. [atualizado 2009 nov 17; acesso em 2009 Ago 8]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf.

15. Brasil. Presidência da República. Política Nacional sobre o álcool. [homepage na Internet]. Brasília: 2007 [atualizado em 2009 Fev 18; acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm

16. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa De Volta Para Casa. [homepage na Internet]. Brasília: 2003 [atualizado em 2003 Jan 15; acesso em 2008 Mar 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20do%20Programa%20De%20Volta%20Para%20Casa_dez2003.pdf

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. [homepage na Internet]. Brasília: 2004 [atualizado em 2004 Nov 15; acesso em 2009 Out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

18. Brasil. Ministério da saúde. Redução de danos. [homepage na Internet]. Brasília: 2005 [atualizado em 2006 Mar 25; acesso em 2009 Mar 16]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS21AF2FB2PTBRIE.htm

19. Santos BS, Meneses MPG, Nunes JA. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS, organizador. Reinventar a emancipação social: para novos manifestos. Semear outras soluções. Porto: Afrontamento; 2004. p. 19-101.

20. Santos BS. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/Para_alem_do_pensamento_abissal_RCCS78.PDF

21. Costa S. Desprovincializando a sociologia: a contribuição pós-colonial. Rev Bras de Estudos Sociais. 2006 21(60):118-3.

22. Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

23. Martins AKL, Oliveira JD de, Silva KVLG da, Moreira DA, Souza ÂA. Therapeutic workshops in the perspective from CAPS' users: a descriptive study. Rev Enferm UFPE On Line. [periódico na internet]. 2010 Jan/Mar [acesso em 2010 jan 11];4(1):70-6. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/515

Sources of funding: Capes
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/01/14
Last received: 2010/03/14
Accepted: 2010/03/15
Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Maria Odete Pereira
Condomínio Parque das Nações — Canadá
Avenida Itália, 1200 – Ap. 52
CEP: 12030-212 — Jardim das Nações, Taubaté — São Paulo, Brasil