



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**ANÁLISE DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
DOCUMENTAL DO CAPS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

CAMPINA GRANDE – PB
2015

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**ANÁLISE DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
DOCUMENTAL DO CAPS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa Nacional de Formação em Administração Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Políticas Públicas

Orientador: Prof.Ms. Alexsandra Souza Santos

CAMPINA GRANDE

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A553a Andrade, Mayara Thais Marques
Análise da Gestão da Política de Saúde Mental [manuscrito] :
um estudo documental do CAPS na cidade de Campina Grande-Pb
/ Mayara Thais Marques Andrade. - 2015.
56 p. : il. color.

Digitado.
Monografia (Gestão Pública EAD) - Universidade Estadual da
Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à
Distância, 2015.
"Orientação: Profa. Ma. Alexsandra Souza Santos,
PROEAD".

1. Gestão Pública. 2. Política Nacional de Saúde Mental. 3.
CAPS. I. Título.

21. ed. CDD 354.8

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

ANÁLISE DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
DOCUMENTAL DO CAPS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa Nacional de
Formação em Administração Pública da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Políticas Públicas

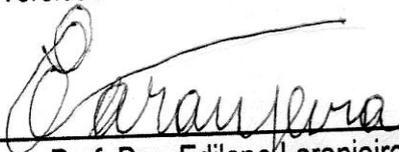
Orientador: Prof. Ms. Alexandra Souza
Santos

Aprovada em: 21/03/2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Alexandra Souza Santos.
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Edilane Laranjeira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alessandro F. da Silveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho, aos profissionais da área de saúde mental que buscam aprimorar suas habilidades e conhecimentos de modo a prestar serviços e desenvolver ações de qualidade nesse período de transições e mudanças.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que me tem propiciado, ontem, hoje e no amanhã certamente. Agradeço pelos instrumentos que me disponibiliza para superar obstáculos da vida, que só me fazem crescer.

Aos meus pais, Janete e Pedro, por terem me concebido a vida e educado para ser o que sou hoje. Agradeço por terem me ensinado o amor incondicionalmente, a ser humilde, a ser flexível e resistente. Vocês são minha fonte de inspiração e energia.

A minha irmã, Mirelly, por ter facilitado minhas atividades corriqueiras da vida diária, o que permitiu que eu escrevesse esse trabalho e por proporcionar estímulos e compreensão em todos os meus empreendimentos.

A minha orientadora, Alexsandra Souza, pela cuidadosa orientação e disponibilidade. Agradeço, sobretudo, pela postura comprometida com o crescimento do orientando, estimulando-o a superar limites.

A equipe do curso de especialização em Gestão Pública, professores, coordenadores, tutores e discentes, que sempre me ajudou de maneira significativa. Com vocês compartilho essa conquista.

Aos profissionais do Centro Campinense de Intervenção Precoce - CAPS infantil, pela imensurável contribuição para a elaboração e realização desta pesquisa.

O meu muito obrigado!

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor.

Paulo Amarante

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica tem se consolidando como política oficial do governo federal impondo inúmeros desafios à agenda da saúde. No Brasil, acrítica ao modelo hospitalocêntrico teve seu início no ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Do modelo hospitalocêntrico até os serviços substitutivos ocorreram grandes transformações no atendimento aos portadores de transtorno mental. A rede de CAPS torna-se, gradativamente, uma referência, tendo valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica. Promoção da intersectorialidade, da interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de espaços de acolhimento e convivência em grupo e inclusão social são alguns dos princípios da Reforma Psiquiátrica e se colocam como elementos fundamentais e norteadores das ações desenvolvidas nos serviços substitutivos. O processo de Reforma Psiquiátrica, que trouxe importantes mudanças na atenção psicossocial no Brasil, também vem produzindo mudanças no município de Campina Grande/PB. Assim, a presente pesquisa teve por objetivo analisar como a gestão da Política Nacional de Saúde Mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica tem se efetivado em Campina Grande e se a mesma tem produzido mudanças no modelo de atenção à Saúde Mental no município. Compreendeu um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa. A partir dos dados obtidos identificamos que o cenário do sistema de saúde mental do município apresentou, nas duas últimas décadas, intensa modificação no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo, destacando-se como principais mudanças a redução dos leitos, a instalação de uma rede de modelos substitutivos e a aproximação da família no tratamento. Apesar dos avanços, evidenciou-se na pesquisa algumas dificuldades de articulação entre os serviços, como também a necessidade de transformação da loucura no imaginário social. Estes aspectos tem se colocado como obstáculos significativos para efetivar as diretrizes e a proposta da Reforma Psiquiátrica, atualmente contida na Política Nacional de Saúde Mental. Constatamos também que é necessário o comprometimento dos gestores municipais no acompanhamento da aplicação da Lei e da avaliação das transformações operadas. Assim sendo, a Lei se coloca como condição necessária, mas não suficiente para a mudança.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Política Nacional de Saúde Mental, CAPS, gestão.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform has been consolidated as the official policy of the federal government imposing numerous challenges to the health agenda. In Brazil, the criticism of the hospital-centered model had its beginning in 1978, the Movement of Workers in Mental Health (MTSM). The hospital-centered model to the substitute services were major changes in the care of patients with mental disorders. The CAPS system becomes gradually a reference, having strategic value to the Psychiatric Reform. Promoting intersectoral, interdisciplinary, deinstitutionalization, promotion opportunities host and group living and social inclusion are some of the principles of psychiatric reform and stand as fundamental elements and guiding the actions developed in substitutive services. The process of Psychiatric Reform, which brought major changes in psychosocial care in Brazil is also producing changes in Campina Grande / PB. Thus, the present study aimed to analyze the management of the National Mental Health Policy and principles of psychiatric reform has been effected in Campina Grande and whether it has produced changes in the care model to Mental Health in the city. Realized a bibliographic study with a qualitative approach. From the data obtained identified the scenario of the mental health system showed the city in the last two decades, intense changes in the care model, the destination of financial resources, and the legislative framework, highlighting the main changes reducing beds, installing a network of replacement models and the approach of the family in treatment. Despite the advances, it was evidenced in the research some difficulties of coordination between the services, but also the need for transformation of madness in the social imaginary. These aspects have been faced as significant obstacles to effect the guidelines and the proposal of the Psychiatric Reform, currently contained in the National Mental Health Policy. We also note that the commitment of municipal managers in monitoring the implementation of Law and evaluation of operated transformations is required. Therefore, the Law arises as a necessary but not sufficient for change.

Keywords: Psychiatric Reform, National Mental Health Policy, CAPS, management.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
-------------------------	-----------

PARTE I – POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

1.1. Políticas Públicas: conceitos básicos	13
1.2. Políticas Públicas no Brasil	16
1.3. Políticas Públicas de Saúde	20

PARTE II – A REFORMA PSQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

2.1. O movimento de Reforma Psiquiátrica no mundo	27
2.2. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil	28
2.3. A Política Nacional de Saúde Mental e os novos dispositivos assistenciais.....	30

PARTE III– A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE

3.1. Situando a Política Nacional de Saúde Mental em Campina Grande	37
3.2. O trabalho desenvolvido pelo CAPSi	40
3.3. A importância da gestão na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental..	44

CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
-----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS	54
--------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais.

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientando para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, a análise dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente.

No Brasil, a assistência em saúde mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária apoiada na lei 10.216/02 e nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo permanente de construção, de reflexões e transformações que, conforme Amarante (2007), ocorrem a um só tempo nos diferentes campos, quais sejam: no campo teórico-conceitual – a partir da desinstitucionalização dos saberes e visão epistemológica; no campo técnico-assistencial – através da reestruturação de modelos assistenciais; no campo político-jurídico - por meio de reformulação dos códigos Civil e Penal e da legislação

sanitária; e no campo sócio-cultural - por meio de mudanças nas representações sociais e no imaginário social quanto a loucura, a doença mental e ao comportamento desviante.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se em um processo com características locais, envolvendo lutas sociais pela transformação no modo de se conceber a loucura e na maneira de se lidar com o dito louco. Nesse processo há um permanente jogo de forças que envolve saberes e poderes presentes na sociedade.

Diante dessa realidade, o presente estudo teve por objetivo analisar como a Política Nacional de Saúde Mental se efetiva em Campina Grande e identificar as principais mudanças ocorridas nas práticas de Saúde Mental.

O interesse por essa questão surgiu a partir da experiência de trabalho em uma instituição de saúde mental, onde se pode conhecer as ações cotidianas e as singularidades do serviço. Outro fator relevante do nosso interesse vem da experiência pessoal de atuação de um ano num hospital psiquiátrico o que propiciou o conhecimento da realidade concreta do modelo manicomial. A afinidade com a área de Saúde Mental e o conhecimento adquirido com a atuação nas duas realidades despertou o empenho para analisar essa temática.

A referida monografia é de cunho bibliográfico pelo fato de ser constituída principalmente de livros e artigos científicos. (GIL, 2008). Para coleta de dados foi realizado uma revisão bibliográfica dos assuntos referentes a políticas públicas e gestão pública, como também uma análise documental de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS- de Campina Grande.

Pretendemos com a pesquisa, contribuir com a produção de conhecimentos na área de Saúde Mental, especialmente no que se refere à atenção psicossocial e aos princípios da Reforma como base para o acompanhamento dos portadores de sofrimento psíquico, subsidiando os profissionais atuantes nos CAPS com informações e reflexões importantes e necessárias para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelo serviço.

Assim sendo, esta pesquisa se faz importante para os profissionais de Campina Grande, que possuem papel ativo na realidade estudada, para outros profissionais da área de Saúde Mental e para os usuários que, seguramente, são

atores sociais no processo de construção de uma nova realidade no cuidado aos portadores de transtorno psíquico.

Desta forma, o presente Trabalho Acadêmico Orientado apresenta os resultados da pesquisa realizada. O mesmo encontra-se estruturado em três capítulos nos quais contemplamos no primeiro momento uma breve retrospectiva da história da loucura e o saber psiquiátrico que acompanhou a mesma. No segundo momento buscamos apresentar a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, como também contemplamos os serviços substitutivos advindos desse movimento. No terceiro capítulo fazemos uma breve caracterização do lócus da pesquisa, o CAPSi, (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande – PB. Por fim seguem-se as considerações finais e as referências utilizadas na construção do trabalho.

PARTE I – POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

1.1. Políticas Públicas: conceitos gerais

Entender a origem e a ontologia de uma área do conhecimento é importante para melhor compreender seus desdobramentos, sua trajetória e suas perspectivas. A política pública enquanto área de conhecimento nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Na área do governo propriamente dito, a introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências.

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio afirmando que política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Uma definição bastante simples sobre política é oferecida por Schmitter que aponta a política como sendo “a resolução pacífica para os conflitos” (1984, p. 34). Entretanto, este conceito é demasiado amplo, discrimina pouco. É possível delimitar um pouco mais e estabelecer que política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos (RUA, 1998).

No entanto, definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o lócus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos.

O termo “política”, no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas. Já o termo *policy* é utilizado para referir-se à formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas, tendo como foco temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos. Em outras palavras, *polity* significa a atividade do governo de desenvolver políticas públicas, a partir do processo da política. Avançando um pouco mais, é possível sustentarmos que as políticas públicas (*policy*) são uma das resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos.

Nesse contexto, as políticas públicas configuram-se como sendo o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e como nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores.

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas

repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos.

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Se admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”. Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.

1.2. Políticas Públicas no Brasil

A década de 1980 foi marcada, no Brasil, por profundas mudanças sociais, políticas e institucionais, reflexos do intenso processo de busca pela democratização da gestão pública brasileira. Nesse cenário, começam a ser travados fortes embates entre o poder estatal, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, desencadeando-se uma trajetória de lutas pela ampliação democrática, que visava assegurar a participação da sociedade nos processos decisórios da gestão e controle dos recursos públicos.

Esse processo de mudanças é fruto do contexto de luta e mobilização dos mais diversos segmentos sociais e entidades da sociedade civil, organizados, a partir da década de 1970, em prol da conquista de melhores condições de vida e da necessidade de democratização do Estado. Com a abertura política brasileira, ocorrida nos anos de 1980, que inicia o processo de ruptura com o poder autoritário e centralizado do regime militar (vigente até então), intensifica-se esse ideário participacionista, em que os mais diversos setores organizados da sociedade buscavam construir formas e encontrar instrumentos capazes de influenciar as administrações públicas no país.

Na Constituição Federal de 1988 encontram-se claros sinais da luta pela democratização da gestão pública, quando nela se garantiu, por exemplo, o princípio da gestão descentralizada e participativa. Nos artigos 204 e 227, a Carta Constitucional assegura a *participação da população*, por meio de organizações representativas, no processo de formulação e controle das políticas públicas em todos os níveis da gestão administrativa (municipal, estadual e federal).

A Constituição de 1988 apresenta, com efeito, uma nova configuração da gestão das políticas públicas, instituindo novos mecanismos nos processos de tomada de decisões, o que faz emergir um regime de ação pública descentralizada, no qual são criadas formas inovadoras de interação entre governo e sociedade, através de canais e estratégias de participação social, como se dá com os Conselhos Gestores. É, aliás, a instituição dessas novas formas de interação que sinaliza a emergência de novos padrões de governo, baseados na gestão democrática, centrada em três eixos fundamentais, como “a maior responsabilidade dos governos em relação às políticas sociais e às demandas dos seus cidadãos; o

reconhecimento dos direitos sociais; e a abertura de espaços públicos para a ampla participação cívica da sociedade” (SANTOS JÚNIOR, 2001, p. 228).

Na década de 1990, assiste-se a um processo de regulamentação da gestão descentralizada das políticas públicas em diversas áreas sociais (saúde, educação, assistência social, etc), com a inserção da participação da sociedade civil, via Conselhos Gestores, na sua formulação e controle. Nesse sentido, tais Conselhos passam a ser considerados canais de participação mais expressivos da emergência de um outro regime de ação pública na esfera local², caracterizados pela abertura de novos padrões de interação entre governo e sociedade na gestão de políticas públicas (SANTOS JÚNIOR, 2001).

Os Conselhos Gestores se constituem, assim, o novo formato institucional previsto nos artigos da Constituição Federal de 1988, que estabelecem a participação em diversas áreas sociais: na *saúde*, como “participação da comunidade” (art. 198, inciso II); na *assistência social*, como “participação da população”, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas sociais e controle em todos os níveis de governo (art. 204, inciso II); e na *educação*, como “gestão democrática do ensino público” (art. 206, inciso VI).

Assiste-se, então, ao surgimento de novas iniciativas de gestão democrática das políticas públicas, com a introdução de reformas institucionais que visam ao fortalecimento da autonomia dos municípios e ao estabelecimento de novos formatos de organização do poder local, vinculados à criação de parcerias entre o poder público e setores organizados da sociedade civil. Convém, por isso, analisar esse processo de redefinição da gestão pública brasileira, com a institucionalização dos Conselhos Gestores, tendo em vista os impactos que incidirem diretamente na configuração do novo formato da gestão das políticas públicas.

A agenda da reforma institucional, que então se definiu, teve como eixos centrais a democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados na gestão das políticas públicas. Tratava-se, nesse momento, de implementar mudanças não apenas no regime político, mas também na gestão das políticas públicas, procurando-se superar as características autoritárias e paternalistas do padrão brasileiro de intervenção estatal na área social.

Vale ressaltar que a gestão pública, no contexto brasileiro, até o início dos anos de 1980, caracterizava-se pela centralização decisória e financeira na esfera

federal, cabendo aos estados e municípios, quando envolvidos em uma política específica, o papel de executores das políticas formuladas centralmente. Por outro lado, à medida que os recursos eram centralmente controlados e as esferas locais de poder se expunham diretamente às necessidades e demandas dos cidadãos, tendia a estabelecer-se uma articulação clientelista entre governos estaduais e municipais e o federal, baseada na troca de favores em que, muitas vezes, as instâncias locais se transformavam em agenciadores de recursos federais para o município ou estado, procurando garantir a implementação de determinada política pública para sua clientela. Embora estes mecanismos se tenham intensificado durante a Nova República, já se faziam sentir nos anos de 1970 na vigência do regime autoritário (DRAIBE, 1992).

Nesse contexto, era característica central da gestão pública a exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas públicas, da implementação dos programas e do controle da ação governamental. O processo decisório relativo a políticas e programas envolvia a presença significativa de três elementos que sedimentavam, no país, a relação entre Estado e Sociedade, sobretudo a partir da década de 1980: o clientelismo, o corporativismo e o burocratismo (DINIZ, 1996).

Dessa forma, as políticas públicas eram marcadas pela fragmentação institucional, desarticulação que ocorria num mesmo nível de governo e entre diferentes esferas. Tal desenho institucional dificultava a tarefa de coordenação, com implicações para a eficiência e a efetividade das políticas públicas na sociedade. Sem mencionar que o crescimento do aparato estatal se deu desordenadamente, sem o visgo de uma coordenação efetiva.

Nos anos de 1990, impulsiona-se o processo de descentralização político-administrativa e a municipalização das políticas públicas, o que levou à transformação e ao fortalecimento das instituições democráticas no país. Trata-se de um processo que tem ensejado mudanças na organização e funcionamento dos governos locais, incorporadas de forma diferenciada segundo as diretrizes adotadas e o grau de institucionalização dos canais de gestão democrática e dos instrumentos redistributivos da renda e riqueza produzidas nas cidades brasileiras (ARRETCHE, 2000). Assim, do final dos anos de 1980 aos anos de 1990 as propostas de mudanças políticas se foram redefinindo, sendo enfatizada a necessidade de estabelecimento de prioridades de ação, a busca de novas formas de articulação

com a sociedade civil e com o mercado, envolvendo a participação de ONG's, comunidade organizada e setor privado na provisão de serviços públicos e a introdução de novas formas de gestão nas organizações estatais, de forma a dotá-las de maior agilidade e efetividade, superando a rigidez derivada da burocratização estatal e da hierarquização excessiva dos processos decisórios.

As propostas enfatizadas, nesse momento, foram a descentralização e a participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas. Como mostra Draibe (1992), procurava-se, do ponto de vista da orientação substantiva das políticas sociais, caminhar sob o impulso das forças democratizantes, para um Estado do Bem-Estar do tipo institucional-redistributivista, caracterizado pela concepção universalista de direitos sociais, uma vez que o sistema de proteção social implantado no país caracterizava-se pelos traços corporativistas – aos quais se agregavam outras formas de segmentação da população – e pela exclusão de amplos contingentes populacionais do acesso à cidadania. Nesta perspectiva, a descentralização e a participação eram vistas como ingredientes fundamentais desta reorientação das políticas sociais, voltada para a garantia da equidade e para a inclusão de novos segmentos da população na esfera do atendimento estatal.

Draibe (1992), analisando a emergência dessa nova agenda política, mostra que, embora se mantenha a meta da garantia de direitos sociais para todos, há uma redefinição da forma de os assegurar, assumindo lugar central o envolvimento de novos atores na própria prestação dos serviços. Para a autora:

A questão é como ampliar a responsabilidade estatal na área social sem necessariamente arcarmos com os recorrentes problemas de gigantismo, burocratismo, autonomizações indevidas, ausências de controles. E isso numa época em que a sensibilidade social e da opinião pública para tais questões aumentou enormemente; em que, por outro lado, os discursos e as posturas liberais privatizantes vêm ganhando amplo espaço e em que, finalmente, foram alteradas e ampliadas as possibilidades de envolvimento de formas organizadas da sociedade na própria operação dos serviços sociais, apontando para modos distintos de organização e equilíbrio entre o Estado, o setor privado lucrativo e o setor privado não-lucrativo na produção e distribuição de bens e serviços sociais (DRAIBE, 1992, p. 68).

No estilo de gestão pública implementada no Brasil, a partir dos anos de 1990, em que se destacam as experiências de gestão participativa em inúmeras cidades brasileiras, evidencia-se a participação da sociedade como uma dimensão

vital no processo de construção da cidadania. Para Dagnino (1994), está implícita, nessa concepção, a ideia de “cidadania ampliada”, que possibilita o acesso dos cidadãos ao processo de gestão das políticas públicas em nossa sociedade. Certamente é nesse contexto de mudanças que surgem sinais da emergência de uma nova cultura política, vinculada à dimensão dos direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988 e à pluralidade de atores sociais com presença na cena pública brasileira nas três esferas de governo.

Nesse sentido, a participação da sociedade civil na gestão do público ganha novos contornos e dimensões, com a inclusão de vários atores sociais no processo de deliberação pública. Trata-se de uma tendência que se contrapõe à forma centralizada e autoritária que, por mais de duas décadas, prevalecera na estrutura política brasileira. A partir desse marco, temas como descentralização e reordenamento institucional seriam recorrentes e vitais para a revalorização da participação política e do poder local.

Por esse enfoque, o pressuposto é o de que a gestão pública democrática possibilita o acesso dos cidadãos aos processos decisórios no âmbito da sociedade política. Isso, expressa Raichelis (2000, p. 42), “permite a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragem sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento da implementação das decisões”.

1.3. Políticas Públicas de Saúde

No Brasil, as atividades em saúde pública começaram a aparecer no século XIX por peculiaridades históricas que distinguem esse período no qual a assistência a saúde era praticamente inexistente dos três primeiros séculos de colonização. Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo na capital do império, tendência que se alongou por quase um século (POLIGNANO, 2008).

O século XIX assinala para o Brasil um processo de transformação política e econômica que inaugura, ainda que de forma incipiente, um processo de

urbanização e modernização das cidades. O país se tornou urbano apenas na segunda metade do século XX. Neste sentido, o antigo e o moderno buscavam conviver na formação de um novo Brasil, agora republicano.

Na passagem do século XIX para o século XX, a preocupação com a saúde não se traduzia necessariamente pela questão do direito social ou da dignidade humana, mas estava ligada aos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para a manutenção da produção, principalmente naquele contexto agrário.

Surgia uma forma de atuação sistemática na saúde de seus habitantes onde assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também dessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismocampanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população.

Instaurava-se uma preocupação com a profilaxia rural e urbana. As medidas de reforma urbana e higienização da cidade do Rio de Janeiro, assim como as campanhas para a vacinação da população, marcaram este período. Estava declarada a luta contra a peste bubônica, a febre amarela, a tuberculose e a varíola.

O ideário republicano estava envolto por valores positivistas de ordem e progresso, como se vê na própria bandeira nacional, e dessa forma, a valorização da ciência e de uma visão de mundo europeia pautada na marca da modernidade invadiam o país, ainda que de forma contraditória a uma realidade ainda marcada pelo regime agrário exportador, pelo patriarcalismo, pela tradição de um passado escravocrata.

Passado o período da República Velha chegamos a Era Vargas com a inauguração de outra visão de Estado, assim como com outra configuração social que se iniciava nos centros urbanos do país. A partir da década de 1930, o Brasil começou um processo de industrialização e modernização do Estado, tentando se

reposicionar na economia mundial após a crise de 1929. Considerando-se que até então a economia brasileira estava assentada na produção e exportação cafeeira, entendia-se ser necessária a criação de condições para a montagem de um parque industrial que alavancaria o país. Iniciava-se um processo mais tarde chamado por alguns intelectuais de capitalismo tardio. Assim, surgiam novos atores sociais, como o trabalhador urbano, o operário e dessa forma, novas demandas sociais se colocavam como desafio ao Estado. Dentre elas a questão da seguridade social. Jainilson Paim (2011, p. 14), aponta que “o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho”.

Do ponto de vista da natureza administrativa e burocrática os modelos assistenciais foram se tornando cada vez mais complexos concomitante à modernização do Estado. Com mão de ferro e de forma populista Getúlio Vargas inaugurou uma nova era da modernização da produção nacional e da racionalização do funcionamento do Estado, aproximando-se cada vez mais das classes trabalhadoras urbanas com seus discursos a favor dos direitos desta categoria. Em seu governo, muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, ao passo que também se aprimoraram as ações de Estado acerca da saúde pública. Nesse contexto, na era Vargas ocorreram os seguintes fatos: a saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; a Previdência Social e saúde ocupacional institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; criaram-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) que estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos.

Embora esses avanços tenham sido importantíssimos, do ponto de vista da proteção social e da saúde pública, foi apenas em 1953 que ocorreu a criação que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. À época e paralelamente, a assistência médica cresce e se desenvolve no âmbito das instituições previdenciárias. Já se percebia a necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho cada vez mais urbana e fabril, ciclo iniciado em 1930 e isso caracteriza o desenvolvimento da assistência médica no seio das instituições previdenciárias como instrumento para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho. As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à

uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960.

Em 1966 originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Conforme a tendência observada já no início da década de 1950, na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. O processo de industrialização acelerado observado a partir do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato aprofunda a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. As AIS incorporaram os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde. Os convênios foram um marco na instituição da gestão colegiada nas diversas esferas de governo e na responsabilização dos municípios como porta de entrada do sistema. Os recursos da saúde começaram ser desconcentrados sendo os repasses de encargos e dos recursos vinculados a compromissos assumidos perante a União. No entanto, os AIS, com a ideia de gestão colegiada, e na sequência o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de 1987, começaram a por em prática os ideais da Reforma Sanitária.

A VIII Conferência, realizada em 1986, foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois pela primeira vez contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial. A Conferência reuniu cerca de 4000 delegados eleitos em todos os estados brasileiros e aprovou por unanimidade a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo com relação as práticas de saúde estabelecidas. O Relatório final da Conferência serviu de subsídio para a elaboração de emendas populares defendidas durante a

elaboração da nova Constituição, bem como de ponto de partida para a delimitação da nova política.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no

direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças

significativas no desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, afetou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado, a sociedade e os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, onde os gestores da saúde assumem papel fundamental para concretizar os princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Nesta perspectiva foram instituídos os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Bipartites na direção estadual, além do fortalecimento dos órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços – o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

As normas operacionais editadas pelo MS em 1991, 1993 e 1996 também devem ser destacadas pela sua importância na orientação do novo modelo, inclusive nos aspectos do financiamento.

Particularmente importante para a municipalização foi a NOB de 1996, de fato só implementada em 1998, que definiu modalidades de gestão. A modalidade mais avançada, denominada Gestão Semiplena, alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta modalidade resultou em maior capacidade de planejamento para os municípios.

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. O financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos. Para viabilização do cumprimento da EC foi fixado um período de transição até 2004. O governo Federal deve corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto (PIB) do ano anterior. Já os Estados deveriam até 2004, estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável. A regra para os municípios é semelhante, sendo os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável a partir de 2004.

As discussões sobre a operacionalização da EC 29 no Governo Federal e os debates conceituais de despesas com saúde em todos os níveis de governo, bem como outros esforços de desvinculação de receitas, parecem ter o objetivo de fuga às determinações da Lei mostrando dificuldades em sua implementação e, conseqüentemente, para o SUS.

De qualquer forma, a viabilização do sistema de financiamento na forma prevista na Constituição Federal de 1988 e na Emenda Constitucional 29 tem tomado a atenção dos estudiosos do setor. O Governo Federal e grande parte dos governos estaduais têm oferecido resistências à aplicação de recursos na saúde na forma de vinculação prevista na Emenda Constitucional 29/2000. O Problema do financiamento das Políticas de Saúde ainda não está resolvido.

PARTE II – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

2.1. O movimento de Reforma Psiquiátrica no mundo

O período pós-Segunda Guerra torna-se cenário propício para o movimento denominado de Reforma Psiquiátrica, atualizando críticas e reformas na instituição asilar. Nesse período a psiquiatria sofre profundas transformações sendo alvo de críticas e de tentativa de superação dos problemas apontados, buscando novas abordagens na teoria e na técnica.

Assim, temos a Reforma Psiquiátrica que para Amarante (1995, p.87) é “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como estratégia o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. A mesma configura-se como um processo permanente de construção, de reflexões e transformações que, ocorrem a um só tempo nos diferentes campos, quais sejam: no campo teórico-conceitual – a partir da desinstitucionalização dos saberes e visão epistemológica; no campo técnico-assistencial – através da reestruturação de modelos assistenciais; no campo político-jurídico - por meio de reformulação dos códigos Civil e Penal e da legislação sanitária; e no campo sócio-cultural - por meio de mudanças nas representações sociais e no imaginário social quanto à loucura, a doença mental e ao comportamento desviante (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, ganha destaque a Conferência de Caracas realizada, pela Organização Panamericana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde na década de 1990, na Venezuela, quando organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reuniram-se com a finalidade de reestruturar a assistência psiquiátrica na América Latina, defendendo o tratamento fora do hospital. Por meio desta Conferência foi aprovada a Declaração de Caracas a qual representa um marco na trajetória da Reforma Psiquiátrica, afirmando a necessidade de se superar os velhos modelos psiquiátricos e de substituí-los por novos serviços, onde se garanta os direitos humanos e civis dos portadores de transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica constitui-se em um processo com características locais, envolvendo lutas sociais pela transformação no modo de se conceber a loucura e na maneira de se lidar com o dito louco. No Brasil, ela que surge em fins da década de 1970, como veremos a seguir.

2.2. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, em fins da década de 1970, tendo como fundamento uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. (AMARANTE, 1995). O estopim ocorreu com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978. O MTSM se configura num movimento heterogêneo, formado por diferentes categorias de profissionais, como também por pessoas com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos. Objetivava denunciar os maus-tratos nos manicômios, a falta de higiene, a superlotação, a hegemonia de uma rede privada de tratamento da loucura, como também a falta de recursos e a precariedade das condições de trabalho na área de saúde mental.

Um marco para o surgimento do MTSM é o que se denomina “crise da DINSAM” que é como fica conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas deflagrado no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro trimestre de 1978, por profissionais e estagiários que atuam na prestação de assistência nas unidades. (AMARANTE, 1995).

O que parece ser uma questão restrita ao Rio de Janeiro acaba repercutindo pelo país, sendo organizados pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais.

O MTSM caracteriza-se por seu perfil não-cristalizado institucionalmente, ou seja, sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. É múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente. Quanto a isso afirma Amarante (1995, p. 88):

O MTSM se configura como um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Nesse contexto, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. É o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras no Brasil.

Na década de 1980, temos a entrada, no Congresso Brasileiro, do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, marcando o início dos registros da Reforma Psiquiátrica no campo da legislação (BRASIL, 2001).

O projeto de lei Paulo Delgado ampliou as discussões sobre saúde mental no país, privilegiando o oferecimento de serviços de base comunitária, dispendo proteção e direitos aos portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, vários estados e municípios passaram a elaborar suas próprias leis.

Vale destacar que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. A Reforma brasileira é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtorno mental e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Em 1992, foi realizada em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que trouxe a participação de familiares, usuários e profissionais, sendo discutidos os princípios e as diretrizes norteadoras da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A Conferência expressa o apoio ao reordenamento da atenção à saúde mental, onde as transformações perpassem os serviços, a clínica, a formação dos técnicos e a legislação. A ênfase desse evento esteve voltada para a promoção dos

direitos e da cidadania dos portadores de transtorno mental, como também evidenciou a importância do envolvimento e da participação ativa das famílias no processo de reforma Psiquiátrica.

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Brasileiro, o projeto de lei Paulo Delgado foi aprovado em 27 de março de 2001 e sancionado no dia 6 de abril do mesmo ano. A aprovação deste projeto de lei introduziu muitas inovações no modelo assistencial de saúde mental brasileiro, ganhando impulso com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília, no ano de 2002. Nesse mesmo ano entram em vigor as primeiras regulamentações federais sobre a implantação de uma rede de serviços substitutivos para a atenção à saúde mental. A articulação em rede de variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para consolidação da Reforma Psiquiátrica, como veremos adiante.

2.3. A Política Nacional de Saúde Mental e os novos dispositivos assistenciais

Após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº 3.657/89 foi aprovada e sancionada pelo Presidente da República, no dia 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conhecida também como Política Nacional de Saúde Mental a mesma busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece auxílio financeiro para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

A ideia proposta é a de construção de uma rede comunitária de cuidados que possa garantir resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania para as pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde disponíveis em um município e se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A ideia fundamental é a de que não apenas um serviço ou equipamento é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, mas sim a construção de uma rede comunitária de cuidados.

Partindo dessa premissa, destacamos o princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários atores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Quanto a isso, afirma Amarante (2007, p.86):

Os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, hospitais gerais e especializados, etc) ou no âmbito das políticas públicas em geral (Ministério Público, Previdência Social, delegacias, igrejas, políticas educacionais de esporte, lazer, cultura, arte, bem-estar social, etc) e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor.

A ilustração abaixo mostra a rede de atenção à saúde mental:

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Nesse contexto, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Uma grande diversidade de serviços e modalidades de atenção e cuidados em saúde mental passa a ser adotada, ampliando as opções terapêuticas e assistências no país.

Com a promulgação das portarias 189, de 1991 e 224, de 1992 o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de serviços substitutivos – Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - além de regulamentar outras modalidades assistenciais, tais como hospitais-dia, unidades e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (AMARANTE, 2003).

Os NAPS e os CAPS são unidades de saúde locais, que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. São unidades assistenciais que devem funcionar 24 horas, por dia,

durante os sete dias da semana, segundo definições do órgão gestor local. Constituem-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. A assistência ao paciente no NAPS e CAPS inclui atividades como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 1992).

Já o hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve ações de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. À proposta técnica abrange um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, tais quais: atendimento individual e grupal, visitas domiciliares e atendimento à família.

O hospital-dia conta com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. O serviço deve ser regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial.

Os serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades: avaliação médica, psicológica e social, atendimento individual e atendimento grupal, atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico). O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos (BRASIL, 1992).

Por meio da portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os serviços residenciais terapêuticos ou residências terapêuticas, destinadas aos egressos de instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2007). Estas casas implantadas na cidade, embora se configurem como aparelhos da saúde, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia e de auxiliar os usuários em seu processo de reintegração social.

Uma residência terapêutica deve acolher no máximo, oito moradores e deve estar referenciada ao CAPS, operando junto à rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005). De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular pela cidade, em busca da autonomia do usuário.

Em muitas situações é necessário que as residências sejam assistidas ou supervisionadas em graus de complexidade que variam com a autonomia e independência dos moradores. Conforme aborda Amarante (2007, p.89):

Nas residências com pessoas menos autônomas, podem ser oferecidos cuidados profissionais (médicos, psicólogos, fisioterápicos, etc), ao mesmo tempo em que, nas residências com pessoas mais autônomas, todas as atividades ditas terapêuticas são realizadas nos recursos sanitários existentes no território.

A expansão desse serviço acompanha a desativação dos leitos psiquiátricos, sendo fundamental a condução de um processo de trabalho terapêutico que respeite cada caso e o ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade.

Até o ano de 2009 estavam cadastradas 671 Residências Terapêuticas no Brasil. Destas, 20 encontram-se no estado da Paraíba, estando 15 em funcionamento e 5 em fase de implantação (BRASIL, 2010), conforme aborda os dados seguintes:

**Serviços Residenciais Terapêuticos implantados e em processo de implantação, por UF.
Brasil. 4 de junho de 2009**

UF	Módulos		Total de módulos	Total de moradores
	Em funcionamento	Em implantação		
AC	0	0	0	0
AL	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
BA	19	2	21	108
CE	4	2	6	21
DF	0	0	0	0
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	54
MA	3	0	3	18
MG	62	31	93	429
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	15	5	20	95
PE	14	10	24	89
PI	3	1	4	18
PR	22	2	24	121
RJ	90	17	107	492
RN	1	2	3	6
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	38	7	45	122
SC	3	0	3	23
SE	18	0	18	100
SP	214	54	268	1018
TO	0	0	0	0
Total	533	138	671	2829

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

Como desdobramento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde promulgou, no início de 2002, a Portaria 336/02 que revisava a Portaria 224 de 1992, regulamentando o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as experiências no campo da saúde mental na última década (AMARANTE, 2003).

Os CAPS foram apontados como peças centrais para as mudanças pretendidas na saúde mental e passam a ser classificados como: CAPS I – são centros de menor porte, atendem adultos com transtornos mentais persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; CAPS II – são instituições de médio porte que tem condições de atender municípios com população de até 200.000 habitantes; CAPS III – são serviços de maior porte, oferecem uma resposta

efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população acima de 200.000 habitantes. A rede funciona durante as 24hs durante os sete dias da semana, inclusive feriados; CAPSad – são centros especializados para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas; CAPSi – serviço especializado no acompanhamento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Desse modo, é conferido aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência. Eles passam a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de assistência em saúde mental.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.9).

A expansão da rede de CAPS é fundamental para as mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtorno mental. Nos últimos quatro anos, a rede de CAPS no Brasil experimentou uma expansão considerável, tendo duplicado o número de serviços no país. De acordo com dados do Ministério da Saúde até o ano de 2009 estavam cadastrados 1502 CAPS no país, destes, 58 encontram-se no estado da Paraíba.

A partir da criação dos novos serviços no Brasil ocorre um processo de transformação na Saúde Mental, onde a atenção psicossocial e o seguimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica funcionam como base para os cuidados a pessoas portadoras de transtornos mentais. É o surgimento desses serviços que passam a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

PARTE III – A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE

3.1. Situando a Política Nacional de Saúde Mental em Campina Grande

Em muitos municípios do Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica vem produzindo mudanças importantes na atenção à saúde mental. Campina Grande também vem vivenciando tal processo. Localizado no interior da Paraíba, com uma população de aproximadamente 372 mil habitantes, o município apresenta uma demanda significativa no tocante a saúde mental. Segundo registros de Braga (2003), desde a década de 1960, o município atendia os portadores de transtorno mental no Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro e no Instituto de Neuropsiquiatria de Campina Grande S/C Ltda, conhecido como Clínica Dr. Maia.

Como aponta Silva (2007), a atenção dada à saúde mental em Campina Grande seguiu o mesmo modelo do resto do país, baseando-se na tradição hospitalocêntrica na qual prevalece o isolamento, o tratamento moral e disciplinador, através do uso de camisas de força, cadeira de contenção, neurolépticos e outros.

Pereira (2008) ressalta que na década de 1970, professores e estudantes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), principalmente aqueles que haviam estagiado em clínicas psiquiátricas, incluíram em seus debates a questão da saúde mental e a necessidade de mudanças na assistência dos internos nos hospitais psiquiátricos da cidade. Foi nesta década que, segundo Braga (2003), a imprensa local começou a denunciar as condições degradantes em que viviam os internos dos hospitais psiquiátricos, tendo a discussão ganhado mais notoriedade em 1983, ano em que se realizou a III Jornada de Psiquiatria da Paraíba.

Nesse contexto, as mudanças no tocante à assistência psiquiátrica tornaram-se pauta de discussão na I e II Conferência Municipal de Saúde, ocorridas em Campina Grande, em 1991 e 1996, respectivamente. Estas conferências ocorreram no momento em que a assistência psiquiátrica pública no Brasil buscava diminuir os leitos dos hospitais psiquiátricos e humanizar o tratamento atribuído ao portador de transtorno mental (CIRILO, 2006).

Na mesma década, surgem discussões sobre o projeto de lei estadual de Reforma Psiquiátrica do Deputado Francisco Lopes, sendo inaugurado na cidade o primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAPS). Já a inauguração dos primeiros CAPS na Paraíba ocorreu no ano de 1998, tendo esse serviço se concentrado, a princípio, nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (BRAGA, 2003).

Apesar das recorrentes discussões, principalmente a partir da década de 1990, em torno das necessárias mudanças no âmbito da assistência psiquiátrica, foi somente em 2002, com o processo de intervenção no ICANERF, que o processo de Reforma Psiquiátrica ganhou impulso em Campina Grande.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) realizou vistoria no ano de 2002 em 168 hospitais no Brasil. Entre as dez instituições avaliadas e colocadas em processo de intervenção federal encontrava-se o ICANERF, popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro, por apresentar falhas na estrutura física hospitalar, nos recursos humanos, na administração e principalmente por apresentar uma prática excludente e um modelo segregador (CIRILO; FILHO, 2010).

Conforme registros dos citados autores, o descredenciamento dessa instituição da rede SUS foi publicado oficialmente em julho de 2003, sendo o processo de intervenção iniciado em novembro de 2004 após uma nova visita de representantes da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e uma reunião com o Conselho Municipal de Saúde. Essa medida de grande impacto visava pôr fim às condições desumanas de tratamento encontradas no ICANERF, mas também, propiciou a reorientação da assistência em saúde mental do município, pois a equipe técnica de acompanhamento da intervenção passou a se reunir regularmente e algumas estratégias foram lançadas, tais como o fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPSad), transformação do CAPS II em CAPS III, implantação das Residências Terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família e outros.

A partir de 2004, as mudanças na assistência prestada aos portadores de transtorno psíquico ganham novo impulso, pois passam a ser desenvolvidos planos terapêuticos individuais. Essa inovação gera a necessidade de um debate em torno dessa questão. Logo, é realizado o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica, reunindo a Paraíba, o Rio Grande do Norte e Pernambuco, estabelecendo-se, pois,

o Núcleo de Formação para a Reforma Psiquiátrica. Campina Grande, além de ser habilitada no Programa De volta pra Casa, passa a ter incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas, ocorrendo, também, a articulação entre a Saúde Mental e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme registra Amarante (2007).

Em junho de 2005, com a finalização do processo de intervenção no ICANERF, o processo de Reforma Psiquiátrica ganhou impulso em Campina Grande, culminando na transferência dos pacientes para a Unidade de Referência em Saúde Mental, serviço que funcionou em caráter provisório, até que fossem implantadas Residências Terapêuticas e o Serviço de Emergência Psiquiátrica no município. O término da intervenção foi marcado pelo evento “Fechem as Portas do Hospício, Abram as do Coração” com a participação de usuários, familiares, funcionários e a parceria de uma cooperativa de artistas (CIRILO; FILHO, 2010).

O processo de intervenção realizado em Campina Grande foi, indiscutivelmente, um impulsionador da Reforma Psiquiátrica local. A partir desse processo, o município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar do portador de transtorno mental, na comunidade, na família, contrapondo-se aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica e disseminando ações e atitudes que valorizam a reinserção social, as potencialidades e a autonomia dos indivíduos.

O município apresenta uma demanda significativa no tocante a saúde mental econforme registros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), apesar dos entraves e dificuldades, Campina Grande dá exemplo de que é possível mudar as práticas relativas à saúde mental investindo-se numa rede de atenção que tem por princípio o respeito ao usuário, garantindo-lhe o pleno exercício de seus direitos.

Atualmente, a rede de atenção à saúde mental em Campina Grande dispõe de dois CAPS I localizados nos distritos de São José da Mata e Galante, um CAPS II, com três Residências Terapêuticas sob sua supervisão, um CAPS III, que também supervisiona três Residências Terapêuticas, um CAPSad, que oferece atendimento especializado para alcoólatras e drogaditos, dois CAPSi – Centros de Intervenção Precoce, um Centro de Convivência, uma emergência psiquiátrica e seis mini-equipes de saúde mental implantadas nos postos de saúde (CIRILO; FILHO, 2010).

3.2. O trabalho desenvolvido pelo CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce.

O CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças em risco psicossocial ou que apresentem transtornos de desenvolvimento que favoreçam tal risco. Estão incluídos nessa categoria os portadores de síndromes, autismo, psicoses, neuroses graves, retardo no desenvolvimento psicomotor, entre outros.

Este serviço surgiu a partir dos atendimentos ambulatoriais desenvolvidos por uma equipe multiprofissional que prestava serviços a crianças recém nascidas e suas famílias no Instituto Elpídio de Almeida (ISEA). Essa “clientela” instigou alguns profissionais a desenvolverem um grupo de estudos interdisciplinares sobre temas relacionados à intervenção precoce no âmbito da saúde mental. De início o grupo desenvolvia suas ações no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), passando em seguida a funcionar efetivamente no ISEA.

Em junho de 2006 foi inaugurado o CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce - localizado na rua Otílio Donato, nº 100, Prata , serviço de atenção psicossocial que faz parte da rede de saúde mental do município de Campina Grande. A instituição atende crianças entre 0 e 17 anos, da cidade de Campina Grande e dos municípios circunvizinhos, com risco psicossocial e que apresentam transtornos do desenvolvimento.

Integram a equipe de profissionais da instituição: fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicólogos, médicos (pediatra e neurologista), fonoaudiólogos, pedagogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, artesã, recepcionistas e profissionais de apoio.

No CAPSi, são prestados atendimentos individuais e grupais, numa perspectiva de desinstitucionalização e inclusão social. São desenvolvidas atividades em oficinas que se adequam as necessidades de cada indivíduo, sendo trabalhados aspectos como a linguagem e a aprendizagem. De um modo geral, as oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPSi são oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho, etc), expressão verbal (poesia, contos, teatro de fantoches, leitura de textos), expressão musical (atividades musicais), expressão corporal (dança, ginástica).

De acordo com Casimiro; Queiroga (2007), as oficinas têm caráter experimental e objetivam a socialização da criança, preocupando-se em atribuir significados aos avanços de cada uma delas, caracterizando-as como sujeitos sociais com direitos e deveres, possuidores de especificidades.

As crianças usuárias são encaminhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pelas creches, escolas, Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros órgãos do município de Campina Grande e regiões circunvizinhas. Ao chegarem à instituição, estas passam por uma avaliação minuciosa sendo inicialmente desenvolvido, com os familiares, o “acolhimento”. Nesse momento são colhidas informações da criança desde a sua gestação até sua situação atual.

O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo. (BRASIL, 2004, p. 23).

É a partir do acolhimento que vai se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário.

Além da atenção voltada em especial para o usuário, a instituição também procura interagir com os familiares, buscando a participação e envolvimento destes no processo de recuperação/ressocialização das crianças ou adolescentes. Para tanto, disponibiliza um espaço de apoio aos cuidadores dos usuários, denominado Grupo de Família, onde os responsáveis pelas crianças dividem suas angústias, discutem os mais variados temas, tiram dúvidas e expõem sugestões. Visa-se a valorização destes cuidadores, pois, segundo Soares; Munari (2007, p.375):

No atual modelo de desinstitucionalização, a família é inserida como parceira no processo de reabilitação psicossocial da pessoa portadora de sofrimento psíquico, podendo contribuir para a efetivação e resolatividade dos serviços substitutivos como co-responsáveis pelo tratamento.

O Grupo de Família constitui-se em uma das principais estratégias para reunir as famílias e promover um espaço de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, difundir orientações e acompanhamento para as situações rotineiras ou momentos críticos. As atividades desenvolvidas nesse grupo formado pelos

cuidadores das crianças ressaltam a família como formadora de opinião e agente de mudança o que é muito importante no processo da Reforma Psiquiátrica. A família do portador de transtorno mental se coloca como uma base decisiva no movimento reformista, pois ela muitas vezes é o elo mais próximo que os usuários têm com a sociedade, por isso é considerada parceira no tratamento. Como afirma Rosa (2003), a família se constitui cada vez mais como agente de mudança, movendo-se e impondo alterações na sociedade e alimentando-se reciprocamente das mudanças societárias.

Outro aspecto que abrange o Grupo de Família refere-se ao incentivo à geração de renda onde a instituição desenvolve oficinas profissionalizantes com máquinas de costura doadas pela população. A ideia surgiu como forma de ajudar os familiares a desenvolver habilidades que posteriormente podem se refletir em geração de renda. O valor estratégico dessa iniciativa reside no fato de que os CAPS se configuram não apenas como dispositivos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental, mas também, promovem a construção de espaços de convívio, facilitam o estabelecimento de laços e funcionam como importantes experiências de inclusão social através do trabalho (BRASIL, 2005).

Rotelli (1990) registra que um dos grandes desafios no contexto da Reforma Psiquiátrica diz respeito à dimensão sociocultural, ou seja, ao conjunto de intervenções e estratégias que visam transformar o lugar da loucura no imaginário social. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica ao produzir um novo espaço social para os indivíduos portadores de transtorno mental, objetiva transformar as representações, os preconceitos que a sociedade tem sobre a loucura. Este tem sido um princípio importante seguido pelo CAPSi que busca efetivar a reinserção social dos seus usuários promovendo atividades de lazer, socialização e participação cidadã através de ações de inclusão social como passeios terapêuticos, colônia de férias, festejos nas datas comemorativas (festejos juninos, festejos natalinos), lançamento de livros confeccionados pelos próprios usuários, etc.

Nesse contexto, algumas ações de caráter externo também são apoiadas pelo CAPSi. A participação na Marcha pela Luta Antimanicomial que acontece em novembro de cada ano exemplifica uma das atividades desenvolvidas fora da sede do serviço que busca na sociedade vínculos que complementem e ampliem os

recursos existentes, sob forma de promover as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Todos os anos, usuários, familiares e profissionais do CAPSi participam de uma caminhada pelas ruas do centro da cidade de Campina Grande em comemoração ao Dia Nacional de Luta Antimanicomial, Defender o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica é o ponto chave da marcha que foi realizada pela primeira vez no ano de 2009 em Brasília contando com a participação de cerca de 2300 pessoas, dentre elas usuários da saúde mental de 23 estados do Brasil. Na ocasião, usuários de serviços de saúde mental foram às ruas para defender seus direitos e divulgar o processo de transformação da política de assistência em saúde mental que foi iniciado, no país, há cerca de 20 anos quando ganhou força a mobilização e a construção de um movimento social que apontava a necessidade e a possibilidade de uma sociedade sem manicômios.

Em alusão ao evento, todos os anos, grupos de usuários, familiares e trabalhadores da área de saúde mental do Brasil se organizam para avanços, na direção de uma assistência efetivamente antimanicomial, o que pressupõe a completa substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de serviços, que garanta o direito à cidadania e a saúde mental. O CAPSi apresenta suas demandas para que setores do Estado se comprometam com a saúde mental no nível de intervenção precoce, empreendendo novas políticas, produzindo transformações em princípios, estruturas e funcionamentos.

Algumas outras ações envolvendo familiares e comunidade também são realizadas existindo a preocupação constante de fazer da população campinense uma parceira e amiga do CAPSi, trabalhando assim o preconceito em relação à saúde mental e desmistificando estigmas a cerca do portador de sofrimento psíquico. É o caso das apresentações feitas nas unidades Básicas de Saúde da cidade onde o trabalho do CAPSi é divulgado pelos próprios usuários e familiares de usuários da instituição.

Este tem sido um princípio importante no âmbito das mudanças ocorridas na atenção à saúde mental campinense, pois o mesmo remete a aspectos da dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica que questiona os conceitos produzidos pelo saber psiquiátrico tradicional. Um dos conceitos questionados diz respeito à ideia de que todo portador de transtorno mental é violento e representa perigo para

si ou para os outros. Outro questionamento refere-se ao pressuposto da incapacidade da pessoa com transtorno mental de atuar produtivamente na sociedade e de relacionar-se.

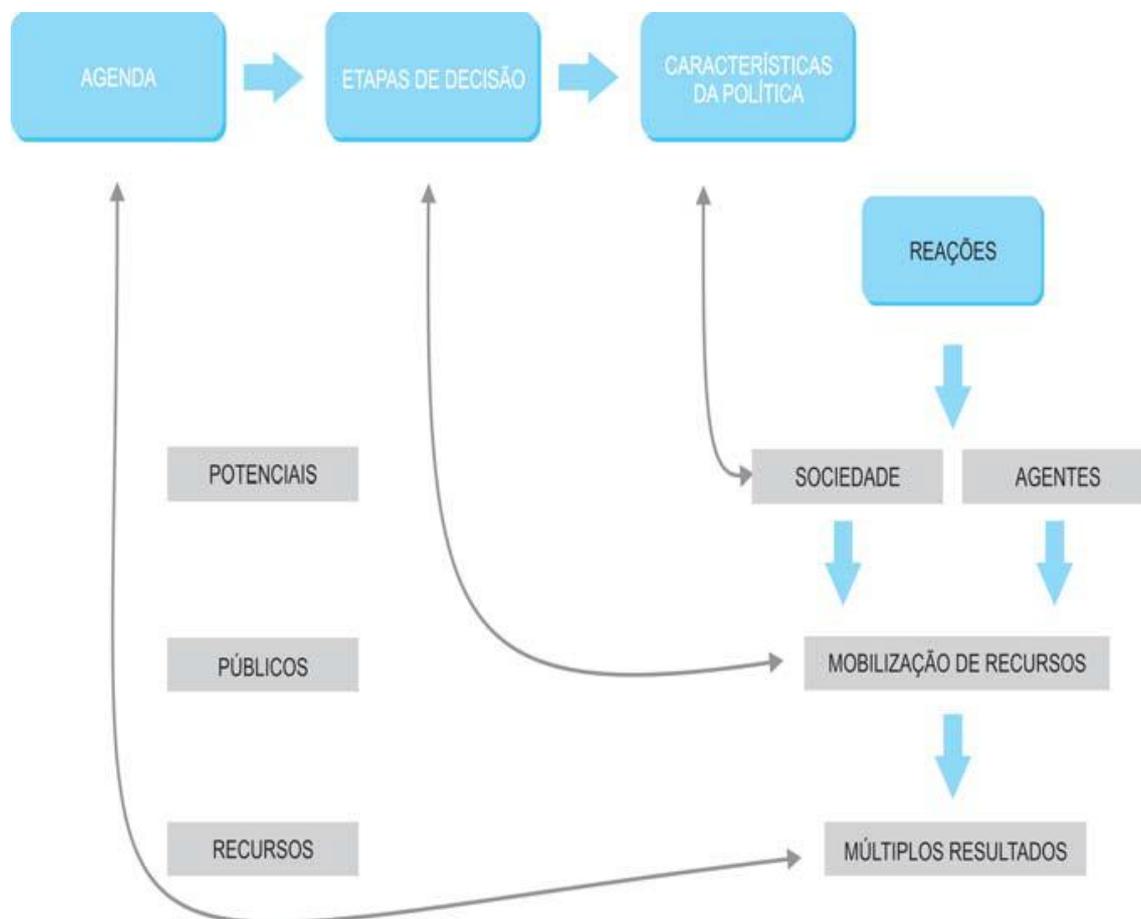
A desconstrução da imagem negativa da pessoa portadora de transtorno mental é um processo que vem caminhando lentamente. Essa transformação não ocorre de maneira simples, visto que a complexidade da questão está no ideário da loucura, cujas bases são os estigmas representados pelas noções de periculosidade e incurabilidade (DALMOLIN, 2006). Atuando no território, a assistência em saúde mental produz o cuidado ao indivíduo em seu próprio meio social, mantendo integrado à comunidade e a rede social que o cerca – sua família, amigos.

3.3. A importância da gestão na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental entra em vigor no país regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos no país. Tal política pública caracteriza-se por dois itens simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo de assistência centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. A ideia proposta é a de construção de uma rede comunitária de cuidados que possa garantir resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania para as pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Dessa forma, constata-se que a Reforma Psiquiátrica tem se consolidando como política oficial do governo federal impondo inúmeros desafios à agenda da saúde na medida em que sua implementação se configura como um processo de diversos estágios que compreende diversas decisões para a execução de uma decisão básica, previamente definida em um conjunto de instrumentos legais.

A ilustração abaixo mostra um esquema representativo do conjunto de atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos:



Nesse contexto, a gestão de uma política pública se faz necessária a partir da separação entre a formulação, a decisão, a implementação e a avaliação da mesma. Na prática, a implementação pode ser compreendida como o conjunto de decisões e ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores sobre uma determinada política pública (RUA, 2009).

Em geral, as políticas públicas são implementadas mediante alguns processos destinados a gerar produtos com a finalidade de produzir efeitos, ou seja, transformar a realidade. Relacionada à obtenção dos efeitos de uma política pública, a palavra “efetividade” ganhou especial destaque nos últimos tempos, referindo-se a um dos mais importantes critérios de avaliação.

Entre os instrumentos de gestão que permitem verificar a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde.

Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Trata-se da instituição, no Brasil, do primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos (CERQUEIRA, 2013).

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria.

Em muitos estados e municípios, o PNASH/Psiquiatria exerce a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da conseqüente expansão da rede extra-hospitalar. Em permanente aprimoramento, o PNASH/Psiquiatria ainda exerce um impacto importante no avanço da Reforma Psiquiátrica em municípios e estados com grande tradição hospitalar.

Uma outra importante estratégia no Brasil para se implementar a política de saúde mental é a regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 2010). Essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS, ao serem lançados como programa de governo, passam a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS, provocando um crescimento explosivo no número desses serviços no País (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política (WHO, 2003a). Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em saúde mental: seu financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade etc.

Trata-se, também, de um dos principais instrumentos no processo de gestão da Política Nacional de Saúde Mental a construção de uma rede comunitária de cuidados caracterizada por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor. Esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde disponíveis em um município e se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A ideia fundamental é a de que não apenas um serviço ou equipamento é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, mas sim a construção de uma rede comunitária de cuidados.

Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários no quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa resgatar as potencialidades da comunidade, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

Partindo dessa premissa, destacamos o princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários atores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Quanto a isso, afirma Amarante (2007, p.86):

Os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos

existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, hospitais gerais e especializados, etc) ou no âmbito das políticas públicas em geral (Ministério Público, Previdência Social, delegacias, igrejas, políticas educacionais de esporte, lazer, cultura, arte, bem-estar social, etc) e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se.

A realização das ações pautada na articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de um equipamento, é que pode garantir resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania para os usuários da área de saúde mental. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns.

Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Para Bezerra Jr (2007), a formação de recursos humanos é outro desafio que faz parte da pauta para implementação da Política Nacional de Saúde Mental visto que grande parcela de profissionais desta rede assistencial é composta por jovens que não participaram do processo de lutas políticas e ideológicas que envolveram a origem do movimento antimanicomial.

Dessa forma, muitos não possuem uma compreensão mais ampla acerca dos objetivos e pressupostos deste modelo que se busca estabelecer, e, portanto, não os colocam em prática, como também não realizam a autocrítica sobre o impacto de suas ações na possibilidade de reabilitação e reinserção social dos usuários.

Assim faz-se necessário que sejam trabalhados na formação desses profissionais que atuam na Política de Saúde Mental, temas relativos à interdisciplinaridade, à intersetorialidade, estratégias de cuidado e de responsabilização dos sujeitos, bem como aspectos clínicos e políticos que envolvem a atenção em saúde mental. Os desafios são muitos e de âmbitos diferentes, portanto, é preciso que se criem dinâmicas diferenciadas, que contribuam

para o seu enfrentamento, tendo em vista que não existem soluções estáticas e acabadas, pois a realidade está em constante movimento.

Por esta razão, desde o ano de 2002 o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados.

O princípio de controle social do SUS também merece destaque, como instrumento de gestão na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva (CERQUEIRA, 2013). O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos.

O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, conselhos estaduais e conselho nacional de saúde, conferências).

Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental. Compartilhando deste princípio, a rede de atenção à saúde mental conta com o desempenho dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental que favorecem o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental.

De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

A participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm

conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do portador de transtorno mental da sociedade.

Diante disso, a preocupação com a gestão da Política Nacional de Saúde Mental se torna relevante visto que a responsabilidade pela obtenção dos resultados e pela utilização correta dos recursos disponíveis configura-se como estratégia necessária para que os objetivos sejam alcançados. É necessário que o gestor, seja em nível de governo estadual e/ou municipal, conheça a política e tenha completa compreensão e consenso quanto aos objetivos a serem atingidos assumindo a responsabilidade de planejar, organizar, dirigir e controlar as estruturas de execução durante todo o processo de implementação da mesma. Pactuar as responsabilidades de cada uma das partes estabelecendo perfeita comunicação e coordenação entre os vários elementos envolvidos consiste em fazer a política sair do papel e funcionar efetivamente.

Finalizando o referido tópico, reconhecemos que é necessário refletir sobre como a gestão da Política Nacional de Saúde Mental tem se efetivado dada a dimensão e complexidade do sistema de saúde vigente no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa apresentada evidenciamos que o cenário do sistema de saúde mental em nível de Campina Grande apresentou, nas duas últimas décadas, intensa mudança no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo.

A análise da gestão da Política de Saúde Mental no referido município permitiu identificarmos a presença de importantes regularidades como é o caso da realização das ações pautada na articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de um equipamento. Constatamos que as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica têm conseguido adentrar no Sistema Único de Saúde da cidade contando com o envolvimento dos usuários, familiares de usuários e trabalhadores da atenção em Saúde Mental.

Contudo, constatamos também que é necessário que haja o comprometimento dos gestores municipais com a população e com a melhoria de suas condições de vida para a criação de serviços substitutivos em saúde mental. Isto denota a necessidade de acompanhamento da aplicação da Lei, porque as mudanças dependem também da participação da sociedade, do interesse dos profissionais em mudar, das reivindicações sociais e da avaliação das transformações operadas. Assim sendo, a Lei se coloca como condição necessária, mas não suficiente para a mudança. Urge a efetivação dessa intenção pelo gestor: pela municipalização das ações de saúde mental, como política do SUS.

Podemos dizer que o sistema de saúde mental no Brasil apoia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica. O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da Política de Saúde Mental no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política.

Novos serviços foram priorizados na política nacional e alcançaram grande expansão nos últimos anos. O sistema baseia-se hoje numa ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma mudança de um sistema hospitalocêntrico para um modelo de enfoque comunitário. A reforma psiquiátrica representa muito mais do que a implementação de novos serviços em saúde mental. Trata-se de uma nova

relação com a loucura e suas formas de abordagem, devendo instaurar uma nova resposta social ao adoecimento e ao doente mental.

Constatamos que muitas foram as conquistas trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, no entanto, ainda há muito o que avançar para que as ações e serviços propostos sejam implementados e ampliados efetivamente.

Deste modo, este estudo pretendeu trazer subsídios importantes para a análise da gestão da Política de Saúde Mental nos municípios de pequeno e médio porte, mas também procurou mostrar obstáculos significativos de efetivar as diretrizes e as propostas da reforma psiquiátrica, atualmente contidas na política nacional de Saúde Mental.

A partir dos dados obtidos identificamos que a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande tem se estabelecido como um movimento de mudança e humanização, um processo permanente de construção, de reflexões e transformações com características locais onde ocorre uma mudança em relação as práticas psiquiátricas clássicas.

A análise documental revelou que os CAPS são estratégicos para a consolidação da transformação assistencial e a atuação em rede destes serviços é imprescindível para o processo da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa evidenciou ainda que o funcionamento dos CAPS em Campina Grande não é localizado e sim articulado com os demais recursos disponíveis na sociedade. Outro destaque que deve ser feito quanto ao funcionamento dos CAPS diz respeito às ações externas desenvolvidas que oferecem intervenções que abrangem a família e a comunidade.

Constatamos que os princípios da Reforma Psiquiátrica que se colocaram como elementos fundamentais e norteadores das ações desenvolvidas nos CAPS de Campina Grande são: a promoção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de espaços de acolhimento e convivência em grupo e inclusão social. O trabalho desenvolvido no CAPSi evidencia o processo de mudanças no modelo de atenção à saúde mental em Campina Grande visto que os principais objetivos da Reforma Psiquiátrica são aplicados trazendo a substituição do modelo de atendimento centralizado na hospitalização e no isolamento por uma atenção integrada ao indivíduo em seu território.

A postura intersetorial assumida pelo serviço revela o comprometimento da instituição em efetivar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental que

perpassa vários setores da vida social e sai da sede do serviço buscando na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes, sob forma de promover os princípios da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, acreditamos que as ações desenvolvidas estão em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica, o que sem dúvidas, é contributivo com o processo de desinstitucionalização local.

A pesquisa ainda apontou como principais mudanças no modelo de atenção à saúde mental em Campina Grande a redução dos leitos e a instalação de uma rede de modelos substitutivos. Apesar dos avanços, evidenciamos algumas dificuldades relacionadas, principalmente, a necessidade de transformação da loucura no imaginário social. Neste sentido, acreditamos que trabalhar o preconceito e o estigma que envolve o campo da saúde mental é uma tarefa urgente.

Um desafio constatado é a necessidade de qualificar a formação dos profissionais que atuam na Política de Saúde Mental viabilizando a prática de ações baseadas na integralidade e intersectorialidade. Isso implica na necessidade de um processo de transformação da atuação profissional, com ênfase em medidas de promoção, prevenção e reabilitação.

Outro desafio evidenciado diz respeito às estratégias para estabilizar o financiamento da Política de Saúde Mental e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde mental, com vistas à equidade. Acreditamos que o nível de prioridade que o governo dedica à saúde mental, em relação às demais políticas sociais e de saúde colabora no estabelecimento de um modelo para a ação e define o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão.

Finalizando, o estudo realizado não se dará como concluído, organizaremos um projeto de mestrado com o objetivo de realizar uma pesquisa ação acerca da teoria trabalhada, enfatizando a política pública no campo da gestão das políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Vol1, no1, jan-abr, 2009.

_____. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Portaria n. 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1992; 2 set.

_____. Ministério da Saúde. **Dados em saúde mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: abril de 2010.

_____. **Saúde mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Série F. Brasília, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB** 2007; XIII(24): 67-79

CASIMIRO, F. E; QUEIROGA, G. Serviço Social. In: **Atenção Básica à Criança Pequena**. 1ª ed. Campina Grande, 2007. p. 48-50.

CASTEL, R.A **Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. Campina Grande, 2006. Dissertação. Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva - Universidade Estadual da Paraíba.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB. In: **Saúde em Debate**, v. 34, n. 84, jan/mar 2010.

DALMOLIN, B. M. Trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. In: **O mundo da saúde**. São Paulo, v.24, n. 1, 2000. p.51-58.

DELGADO, P. G. G (ET AL). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F; Mello, A. A. F; Kohn, R (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, F. UCHÔA, Roberta; MOSCOSO, J. ; MEDEIROS, P. A Reforma Psiquiátrica e o Código de Ética Profissional do Serviço Social. **Dynamis**. Blumenau/SC, v. 12, n. 46, p. 39-44, 2005.

GRADELLA JUNIOR, Osvaldo. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. **Psicologia e Sociedade**, 2002, vol.14, no.1, p.87-102.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa quantitativa em saúde. 4º ed. São Paulo: Hucitec. Abrasco, 1996.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: Editora Universitária, 2002.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A & Costa, N.R. (orgs.) **Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-73.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, M. F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.