



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE ENSINO À DISTÂNCIA- SEAD
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Aline Ferreira de Melo

**HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE A
DESASSISTÊNCIA E A ATENÇÃO INTEGRAL**

Campina Grande – PB
Maior- 2012

Aline Ferreira de Melo

**HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE A
DESASSISTÊNCIA E A ATENÇÃO INTEGRAL**

Trabalho apresentado com fins de cumprimento de requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde, do curso de Especialização Em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Orientador: Prof^o. Dr^o Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

Campina Grande – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M528h

Melo, Aline Ferreira de.

História da saúde mental no Brasil [manuscrito]:
entre a desassistência e a atenção integral. / Aline
Ferreira de Melo. – 2012.

49 f.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde)
– Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de
Pós-Graduação, CIPE, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Nóbrega Montenegro Neto,
UEPB”.

1. Saúde pública. 2. Rede de atenção psicossocial.
3. Saúde mental na atenção básica. 4. Reforma
psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

Aline Ferreira de Melo

**HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE A
DESASITÊNCIA E A ATENÇÃO INTEGRAL**

*Trabalho apresentado com fins de
cumprimento de requisito para obtenção
do título de Especialista em Gestão em
Saúde, do curso de Especialização Em
Gestão em Saúde da Universidade
Estadual da Paraíba.*

Aprovada em: 13/06/12

Asdrúbal Nóbrega M. Neto

Prof Dr^e Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto / UEPB

Orientador

Ana Agélica Pereira Souza

Prof^a. Ms. Ana Agélica Pereira Souza / UFPB

Examinadora

Alyne da Silva Portela

Prof^a Ms. Alyne da Silva Portela / UEPB

Examinadora

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes dos CAPS de Mamanguape e Aroerias, por tudo que aprendi nesses quatro anos de convivência. A vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que esteve sempre ao meu lado e que muitas vezes me levou nos braços nos trechos mais difíceis de minha caminhada.

Às circunstâncias da vida, que se impuseram sem que eu pudesse impedir, mas que serviram de aprendizado e crescimento pessoal.

Aos meus pais, Arlete e Arnaldo. Obrigada por tudo que fizeram e fazem por mim.

À minha tutora, Ivete, sempre presente, que acompanhou, incentivou e me ajudou a continuar.

Ao meu orientador, Asdrúbal, por suas sugestões e orientações.

Aos professores do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da UEPB, que contribuíram ao longo do curso, por meio das aulas e debates, para a elaboração desta pesquisa.

Ao meu namorado, amigo e companheiro Jorge Dellane, pelo apoio, conversas e angústias compartilhadas e pelas suas colaborações de mestre, que tanto me ajudaram na elaboração deste trabalho.

RESUMO

O trabalho objetiva fazer uma análise crítica, a partir de artigos científicos, acerca da qualidade dos serviços em saúde mental prestados na Rede de Atenção Psicossocial, com foco no CAPS e na Atenção Básica. Para tanto, o estudo faz um resgate histórico das políticas de saúde pública no Brasil, desde a chegada da família real portuguesa até a instituição do Sistema Único de Saúde, analisando, paralelamente, como esses desenvolvimentos foram acompanhados no Brasil pela construção e desconstrução do discurso sobre a loucura, sustentado nas instituições manicomiais, culminando na lei da reforma psiquiátrica, em 2001. Os elementos históricos e culturais presentes nesses dois campos, a saúde pública em geral e a saúde mental, serão tomados em discussão na análise crítica sobre o funcionamento atual dos CAPS e da Atenção Básica em termos de saúde mental, na medida em que a reforma psiquiátrica é compreendida como um importante processo de mudança paradigmática, inevitavelmente acompanhado de incertezas e impasses. A literatura pesquisada apontou para as dificuldades dos técnicos, gestores e da comunidade em geral, na compreensão e efetivação dos serviços substitutivos previstos na reforma psiquiátrica, notadamente nos CAPS, que tendem a um trabalho fechado em si mesmo, e na atenção básica, cujas ações em saúde mental são ainda muito incipientes.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; Rede de Atenção Psicossocial; Saúde Mental na Atenção Básica

ABSTRACT

This paper aims to make a critical analysis, from a scientific paper about the quality of mental health services provided in Psychosocial Care Network, focusing on the CAPS and Primary Care. Thus, the study is a historical review of public health policies in Brazil since the arrival of the Portuguese royal family to the institution of the Unified Health System, analyzing, in parallel, as these developments were accompanied in Brazil for the construction and deconstruction of the discourse about madness, sustained in psychiatric institutions, culminating in the psychiatric reform law in 2001. The historical and cultural elements present in these two fields, the general public health and mental health will be taken into discussion on the critical analysis on the current operation of the centers and primary care in terms of mental health, in that the psychiatric reform is understood as an important process of paradigm shift, inevitably accompanied by uncertainties and dilemmas. The literature pointed to the difficulties of technicians, managers and the wider community in understanding and realization of substitute services provided in psychiatric reform, especially in CAPS, they tend to work a self-enclosed, and in primary care, whose actions mental health is still very incipient.

Keywords: Psychiatric reform; Network of Psychosocial Care; Mental Health in Primary Care

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivos.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.1 Objetivos Específicos.....	12
3. Justificativa.....	13
4. Metodologia.....	13
4.1. Tipo de Pesquisa.....	13
5 . Referencial Teórico.....	14
5.1 Políticas de Saúde no Brasil: Um breve retrospecto.....	14
5.1.1 Do Brasil colônia à era anterior ao SUS.....	14
5.1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
5.2 Do Manicômio à Reforma Psiquiátrica.....	23
6. Discussão: Pensando as práticas da Reforma Psiquiátrica: Uma revisão a partir de estudos científicos.....	35
6.1 A saúde mental na Atenção Primária A Saúde Mental no SUS: Além das portarias.....	35
6.2. A rede de cuidados.....	36
6.2.1 A Saúde Mental na Atenção Básica.....	37
6.2.2 As dificuldades na implementação da rede de atenção psicossocial.....	40
7.Considerações Finais.....	42
Referências.....	45

1 INTRODUÇÃO

O século XXI, portanto o terceiro milênio, começou em 2001, e não apenas na cronologia; naquele ano o mundo seria sacudido por uma nova e poderosa forma de poder: o terrorismo. O império norte-americano haveria de lidar agora com um inimigo que não era uma nação, mas uma ideia radical espalhada em várias partes do mundo. Dois mil e um marcaria também, no Brasil, o início de uma outra grande revolução que, no entanto, caminhava no sentido contrário ao terrorismo. Era aprovada a lei Paulo Delgado, que instituía no país a reforma psiquiátrica (Brasil, 2001), manifesto final contra séculos de horrores e terrorismo pseudocientífico perpetrado pela lógica manicomial contra o doente mental.

Se a loucura, ao longo da história, foi em diversos períodos cercada por auras variadas, desde uma mística, um ar de mistério, uma forma superior de sabedoria, foi também – e de forma dominante – cercada por mitos sobre possessões demoníacas (Muraro, 1997), degeneração moral, bestialidade, que terminaram “justificando” tratamentos desumanos, segregadores, que não se contentavam em retirar o “louco” do convívio social e trancafiá-lo nos asilos, mas em torná-lo objeto de um saber/poder capaz de retirar dele qualquer sinal de subjetividade.

A história da loucura na modernidade se confunde com a história do manicômio e de seu governante: o psiquiatra (Garcia-Rosa, 2005). Se diversas tentativas humanizadoras aconteceram a partir do final do século XVIII, nem por isso o manicômio se transformaria em sua essência. A história dos séculos XIX e XX continuará atestando o avanço de um saber racional e instrumental sobre o objeto loucura, cada vez mais capaz de reduzir o louco a um diagnóstico (GOODWIN, 2005).

O Brasil, inspirando-se nos ideais positivistas e higienistas daqueles séculos copiará a fórmula do manicômio, reproduzindo sua lógica nos quatro cantos do país.

Apenas na segunda metade do século XX novos ares de reflexões críticas ecoaram sobre o mundo, partindo da Itália e, um tanto tardiamente, chegando ao nosso país, com a notícia de que a loucura era muito mais uma construção social do que uma doença, no sentido médico do termo (AMARANTE, 2007).

Este trabalho se propõe a apresentar um pouco da história das transformações no campo da saúde mental no Brasil, buscando suas referências iniciais em começos do século XIX, quando surgem as primeiras iniciativas do governo imperial quanto às políticas públicas de saúde.

Atravessando fatos históricos nacionais como a independência em relação à Portugal, a libertação dos escravos, a proclamação da república, o Brasil adentraria propriamente na modernidade a partir da Revolução de 1930, quando o Estado passa a assumir de forma mais clara suas responsabilidades no campo da saúde pública. Mas esse processo não se daria sem contradições, sem idas e vindas, que espelhariam outros fatos históricos importantes, como o populismo, a participação brasileira na segunda guerra mundial e, marcadamente o golpe militar de 1964, que aproximaria ainda mais o Brasil nos ideais de um desenvolvimento capitalista, com sérias repercussões nas políticas de saúde.

O trabalho, então, focalizará sua discussão a partir da década de 1960 – portanto durante a primeira década de regime militar – enfatizando todo o esforço civil que resistiria à opressão e ao esquecimento, somando esforços na luta por uma reforma sanitária brasileira que pudesse garantir o sonho de uma saúde pública universal e de qualidade. Como no bojo desse movimento aconteciam paralelamente discussões sobre a questão mais específica da saúde mental, a análise da história da “saúde mental” no Brasil não pode ser

compreendida sem essa contextualização mais ampla sobre o próprio significado do que seja “saúde”.

Finalmente, com a nova Constituição Federal, em 1988, num Brasil já democrático, assentam-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde – o SUS, cuja implantação gradativa fomentará ainda mais as discussões e as ações nos municípios, nos Estados, e em termos federais, sobre a necessidade urgente por uma reforma psiquiátrica que, conforme anunciamos no início, tem seu marco legal em 2001 (BRASIL, 2010).

Complementando esse fio condutor histórico, o presente trabalho teve por objetivo fazer uma análise crítica sobre a efetivação dos princípios e garantias previstos na lei da reforma psiquiátrica brasileira, a partir de uma literatura científica recente que, debruçando-se sobre a realidade dos serviços substitutivos efetivados evidenciam os avanços e os graves impasses da reforma psiquiátrica.

Assim, como delimitação para nossa pesquisa e discussão, focalizamos a revisão de literatura quanto à questão, na análise crítica sobre o papel social dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, exatamente por ser entendido como o elemento chave na reforma psiquiátrica, bem como sobre o trabalho da Atenção Primária em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial.

A conexão entre o CAPS e a Atenção Primária tem sido sustentada pelo Ministério da Saúde como importante estratégia de garantia ampla de um serviço de saúde mental à população, o que parece ser ainda mais relevante nos municípios de pequeno porte, que não contam com a modalidade de CAPS III, única que oferta um serviço durante as 24 horas do dia (BRASIL, 2011c).

Assim, se nos municípios menores é ainda mais necessária essa interrelação entre os CAPS e a Atenção Primária, o trabalho ressalta os pontos fracos desses serviços, assumindo uma postura sempre mais de

problematização do que de denúncia, uma vez que reconhece nas dificuldades da implementação da reforma psiquiátrica elementos culturais conservadores, difíceis de mudar.

Nesse sentido, toda uma análise do funcionamento dos CAPS é feita, identificando suas principais fragilidades, notadamente quanto ao próprio despreparo dos técnicos do serviço no sentido da incorporação do “espírito” da reforma psiquiátrica, que no texto provoca uma verdadeira revolução copernicana na compreensão da loucura, da instituição terapêutica e do tratamento.

De uma loucura entendida como “doença”, no sentido médico, organicista da palavra, passa-se ao entendimento do portador de transtorno mental como sujeito com necessidades e potencialidades. De uma instituição terapêutica asilar, fechada em si mesma, passa-se à ideia de muitas instituições especializadas e suas interrelações com todas as instituições e instâncias sociais num dado território, onde o usuário possa transitar, obtendo ganhos de qualidade de vida. De tratamento entendido como isolamento e morte social, passa-se à compreensão de que a parte fundamental do processo se dá na garantia dos direitos de cidadania e de convívio social dos usuários.

Diante de uma verdadeira mudança de paradigma, graves problemas são identificados. O trabalho evidencia que não apenas os técnicos, sem a formação e a devida capacitação, mas os gestores de saúde nos municípios e estados, e a própria população civil ainda carregada de preconceitos, todos estes fatores são pontos de estrangulamento que podem ameaçar os ideais da reforma psiquiátrica.

Por fim, do ponto de vista da ética e da política, este trabalho não se posiciona nem do lado de um otimismo ingênuo, que pretende acreditar que a reforma psiquiátrica já é uma realidade, nem tampouco do lado de um pessimismo paralisante, que identifica problemas apenas para afundar junto com eles. A perspectiva, então, é a de conhecer os problemas, os limites, os

furos, para retomar o fôlego e a luta, pois a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica não são um ponto de chegada mas um caminho longo que ainda se desenrola, por paisagens áridas onde, no entanto, se pode vislumbrar o brotar de algumas sementes mais perseverantes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar uma cronologia estabelecendo relações entre a história da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira, com base na legislação em Saúde Mental vigente, bem como levantar uma discussão sobre como a Rede de Atenção Psicossocial proposta pelo SUS vem se estruturando nos municípios de pequeno porte e o papel da Atenção Básica em Saúde nesse processo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar um breve histórico das políticas públicas de Saúde no Brasil;
- Apresentar um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- Levantar uma discussão sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir da Reforma Psiquiátrica e da legislação em Saúde Mental vigente no Brasil.
- Levantar uma discussão sobre a articulação da Atenção Básica com os centros de Atenção Psicossocial, a partir dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica.

3 JUSTIFICATIVA

Apesar de todos os avanços alcançados pelo SUS após mais de 20 anos de sua fundação, muitas ainda são as dificuldades encontradas pelo gestores, trabalhadores e prestadores de serviços efetivar as propostas e diretrizes do Ministério da Saúde.

Este estudo mostra que há uma grande lacuna nas redes de atenção psicossocial, com práticas isoladas e desarticuladas e pretende-se com este estudo conhecer a realidade do fazer saúde mental na atenção básica e apontar para as dificuldades, com o objetivo de criar novas estratégias capazes de melhorar a qualidade dos serviços prestados, com ações de maior efetividade e eficácia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos científicos referentes ao tema de estudo, publicados no período de 2002 à 2012, escritos em português. Do total pesquisados, foram selecionados 20 artigos e 2 monografias como objeto de estudo, tendo como critério de inclusão os que fizeram referência aos municípios de pequeno porte com uma rede mínima de Saúde Mental(Atenção Básica, CAPS).

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de março à maio de 2012, em base de dados (bireme, scielo, lilacs, medline), sendo usado descritores específicos da área de saúde mental (Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica), bem como livros, anais e periódicos. Para discussão dos dados tomou-se como objeto de estudo as Portarias, Leis e Decretos publicados pelo Ministério da Saúde

que fazem referência à Reforma Psiquiátrica e a Rede de Cuidados, Artigos científicos publicados em anais e na internet.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Políticas de Saúde no Brasil: Um breve retrospecto

Em seus mais de quinhentos anos de história, contemporâneo portanto ao próprio movimento da modernidade na filosofia e na ciência, o Brasil acompanhou todas as radicais transformações que impulsionaram um mundo então marcado pela gradativa cientificidade e burocratização da gestão pública em todos os setores, incluindo a saúde. Numa breve síntese recapitularemos como a saúde pública foi se configurando como um problema político que, com avanços e impasses, chegam aos dias atuais.

5.1.1 Do Brasil colônia à era anterior ao SUS

Os cuidados com a saúde fazem parte de uma preocupação cotidiana dos indivíduos e das coletividades, em qualquer época ou cultura. No Brasil, assim como em todo o mundo, desde os tempos remotos, havia práticas baseadas nas crenças e na cultura indígena e depois negra, que se utilizavam de ervas, rezas e feitiços de refazimento da saúde. Também os colonizadores brancos proviam grande parte de seu cuidado em saúde através do receituário popular, das ervas medicinais etc.. Pode-se dizer que apenas a partir de 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, tem-se o início das primeiras políticas públicas de saúde no Brasil, embora ainda de forma pouco sistematizada (BAPTISTA, 2007; KUSCHNIR, 2010).

Segundo BAPTISTA (2007):

a vinda da família real para o Brasil possibilitou (...) a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas

idades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional(BAPTISTA, 2007, p.31).

Ainda segundo o referido autor,

...no mesmo ano da chegada da família real ao Brasil (1808), foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, localizada em Salvador, com vistas à institucionalização de programas de ensino e à normalização da prática médica em conformidade aos moldes europeus [tendo como consequência, entre outras,] ...a construção de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro, Hospital D.Pedro II, com o objetivo de tratar medicamente os denominados doentes mentais (BAPTISTA, 2007).

Com da república em 1889, as políticas de saúde ganham ainda mais a proclamação espaço, mas é somente na década de 1920 que se dá a primeira medida concreta, em dimensões nacionais, para a criação do sistema de saúde pública (BAPTISTA, 2007; SOARES e MOTTA, s/d).

É na República Velha, caracterizada pela alternância de poder, no governo federal, entre políticos de São Paulo e de Minas Gerais, bem como pelo tradicionalismo e coronelismo na administração pública, que algumas políticas públicas em saúde começam a se destacar. Num modelo de gestão altamente centralizado e sem qualquer participação popular, surgem as primeiras leis trabalhistas, além das leis previdenciárias que deram acesso à saúde a algumas categorias profissionais, a exemplo dos ferroviários, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs (SOARES e MOTTA, s/d; POLIGNANO, s/d).

Esses benefícios, no entanto, não eram extensíveis à maioria esmagadora da população de um Brasil continental, marcadamente rural, com longínquas regiões interioranas muito mal interligadas por estradas e outras benfeitorias. A esses grandes contingentes de pessoas restavam o

velho recurso à medicina caseira e ao curandeirismo ou, no máximo, nas cidades maiores, a assistência de hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja Católica (SOARES e MOTTA, s/d).

Ainda segundo os autores, esse modelo de saúde praticamente se resumia a campanhas de imunização – inicialmente repudiadas pelas populações, como no célebre caso da revolta contra a vacinação no Rio de Janeiro no início do século XX – e controle de endemias, mas era absolutamente ineficaz quando das grandes epidemias que afligiam as cidades, com precárias condições de saneamento básico (SOARES e MOTTA, s/d).

Com a Revolução de 1930 e a instauração da República Nova o Brasil inicia uma nova era de modernização, industrialização, além do fortalecimento do Estado, que gradativamente tomava as feições de um regime totalitário e populista, de inspiração fascista, personificado na figura carismática de Getúlio Vargas, o “pai dos pobres” (LEITE JÚNIOR, 2009).

Nessa época a ideia de “nação” e “povo” eram muito valorizadas nos países fascistas, como a Itália de Benito Mussolini e a Alemanha de Adolf Hitler e o Brasil de Vargas. Mas uma nação forte significava um povo saudável. Era o auge do pensamento higienista que, no extremo, geraria todo o repúdio à doença (e aos doentes), à loucura, aos defeitos físicos, cujo ódio ultrapassaria os limites do delírio no regime nazista da Alemanha (HOBSBAWM, 2003).

Com a ditadura Vargas surgem os ministérios do trabalho e da saúde, havendo um fortalecimento sem precedentes da gestão burocrática da saúde, altamente centralizada, instaurando-se um modelo sanitarista baseado em campanhas, bem como, paralelamente, houve um grande investimento na medicina curativa e previdenciária, onde o tópico da saúde ocupacional passaria a ser central dentro de um modelo econômico onde a alta produção industrial era peça fundamental. Assim, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que ampliaram o acesso à saúde a muitas

categorias de trabalhadores, embora a proposta ainda estivesse muito longe da ideia de universalização, até porque toda a política de saúde era atravessada pelos vícios clientelistas, típicos de uma ditadura, onde favorecimentos e obstáculos eram administrados conforme a conveniência(LEITE JÚNIOR, 2009; SOARES e MOTTA, s/d).

No início da Segunda Guerra Mundial, em 1939, o Brasil mantinha uma posição ambígua diante do conflito: por um lado Vargas comungava com ideais fascistas e admirava o líder alemão; por outro, precisava do apoio e investimentos econômicos dos Estados Unidos, especialmente na área da siderurgia. Optou pelos Estados Unidos, a quem consentiu a instalação de uma base aérea militar em Natal-RN em troca da siderúrgica de Volta Redonda-RJ, enviando tropas brasileiras à Itália, para lutar junto com os aliados contra os países do Eixo. No fim da guerra chega ao fim também a ditadura Vargas, que não conseguiria compatibilizar a luta pela democracia no estrangeiro e a manutenção de um governo totalitário no próprio país (D´ARAÚJO, 1997; MROS, 2011).

A partir de 1945 o Brasil experimentaria uma redemocratização política, com eleições livres em vários níveis, período que duraria 19 anos, portanto até o golpe militar de 1964 e que, nem por isso ficaria livre de se caracterizar como um tempo turbulento, o que incluiu um segundo mandato de Vargas (1950-54), desta feita eleito democraticamente, mas que terminaria no suicídio do presidente; na renúncia de Jânio Quadros, no desenvolvimentismo de Juscelino Kubistcheck e na dramática deposição do socialista João Goulart (LEITE JÚNIOR, 2009).

Nesse período predominou o privilégio à medicina curativa, individual, hospitalar – a cargo do Ministério do Trabalho e Previdência Social, em detrimento da prevenção primária, em que pese tenha havido um esforço público na pesquisa e no controle e erradicação de certas doenças(LEITE JÚNIOR, 2009; SOARES e MOTTA, s/d).

Segundo os referidos autores, na virada dos anos 1960, no entanto, vozes ligadas a camadas mais progressistas da sociedade reclamavam o investimento estatal na saúde pública, culminando com a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963 onde as diretrizes para a municipalização estavam claramente estabelecidas. Era a tentativa de sair de um modelo centralizado de saúde para pensar num modelo descentralizado e, portanto, mais eficaz (LEITE JÚNIOR, 2009; SOARES e MOTTA, s/d).

No início dos anos 60 viu-se o crescimento das redes municipais e estaduais de saúde, capacitando-as ao atendimento, em regime de pronto-socorro, das amplas parcelas da população que encontravam-se à margem da saúde previdenciária e, além disso, conquistas legislativas importantes foram demarcadas. Exemplo disso foi a aprovação da LOPS, a partir da qual uma só política de saúde passou a ser dispensada a todos os trabalhadores regidos pela CLT, quando antes apenas algumas categorias tinham esse direito (SOARES e MOTTA, s/d).

Em 1964 o golpe militar transforma violentamente a vida política e social do país. Parte de uma estratégia de dominação norte-americana sobre países da América Latina que aproximavam-se de concepções de esquerda, em estreita ligação com as camadas mais conservadoras da sociedade brasileira, os militares assumiram o poder, fechando o Congresso Nacional e cerceando francamente direitos políticos (LEITE JÚNIOR, 2009).

A partir de 1968 o regime endurece ainda mais, constituindo um dos períodos mais negros da história brasileira, com flagrantes atos de ilegalidade oficial, perseguições, extradições e assassinatos de militantes políticos contrários ao regime. No final dos clamores populares por abertura política começaram a se fazer sentir no governo, que entraria nos primeiros anos da década seguinte num processo lento e gradativo em direção à transição democrática (LEITE JÚNIOR, 2009).

As repercussões do regime militar no campo da saúde foram logo registradas. A saúde pública, que já apresentava problemas, foi ainda mais

afetada, com grandes cortes de verbas e sucateamento da rede pública, mantida precariamente num foco unicamente curativo e de campanhas ineficazes (POLIGNANO, s/d).

Na sequência, como resultado de todo um reordenamento administrativo da máquina governamental, o país entra num breve momento de crescimento econômico, o denominado “milagre brasileiro”, que perduraria até os primeiros anos da década de 1970, oportunidade em que a iniciativa privada – sob financiamento do próprio Estado - promoveu grandes investimentos em redes hospitalares e laboratoriais (POLIGNANO, s/d).

Segundo o referido autor, esse processo foi acompanhado de ajustes na burocracia da saúde, incluindo a fusão dos IAPs, criando-se o INPS, além da criação do SINPAS, do INAMPS e do IAPAS. Mas todo esse remanejamento de olhar significava que o quadro a partir de então passaria a ser privatista, hospitalocêntrico, individualista, modelo correspondente aos ideais de uma sociedade capitalista, onde a saúde é compreendida como bem de consumo.

Já no início dos anos 1970 surgiram denúncias acerca do engodo de tratar de forma médica problemas de saúde que na verdade eram oriundos das más condições de vida. Mas é na segunda metade daquela década que o modelo privatista passa a ser mais fortemente denunciado, em coro com os gritos em defesa da redemocratização do país. Surge o “Movimento Sanitário” e o “Movimento Médico”, pleiteando uma concepção crítica da saúde e o resgate dos ideais do antigo “Movimento Popular de Saúde”, dos anos 1960, que agora faziam eco em defesa da promoção da saúde (POLIGNANO, s/d).

A cada ano o Movimento Sanitário ganhava espaços, unindo médicos, sindicalistas, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, na discussão de um novo modelo de saúde.

Com o fim do regime militar, em 1985, o Brasil adentra num rápido processo de redemocratização política, experimentando ainda um estado de

excitação social pela liberdade e pelos direitos civis, o que acelerou ainda mais a luta dos movimentos sociais que elegeram diversas prioridades no campo das políticas públicas, especialmente, no caso, da saúde. Um dos grandes marcos nessa direção foi a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram discutidos os princípios da reforma sanitária, notadamente a participação comunitária, a equidade dos atendimentos, a descentralização do sistema, a universalidade e a integralidade das ações (SOARES e MOTTA, s/d).

5.1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Após mais de duas décadas sob os ditames de um regime militar, o Brasil da segunda metade dos anos 1980, sedento por democracia e participação política, testemunharia uma época áurea, na contramão de um tempo já batizado pela economia como “a década perdida” (inflação, desemprego, miséria). Precisava-se de uma nova Constituição para um novo Brasil. Assim, instalada a Assembleia Nacional Constituinte em 1987, amplos debates foram travados entre os representantes políticos e a sociedade civil, incluindo o Movimento Sanitário, culminando na Constituição de 1988, onde a saúde pública passou a ser entendida como direito do cidadão. Estava iniciada a história do Sistema Único de Saúde, prevista abertamente na carta magna (GAUDENZI e SCHRAMM, 2010).

No entanto, a história é constituída por contradições que muitas vezes coexistem paradoxalmente. Assim, junto com o sentimento de democratização (democracia não apenas política, mas social), o Brasil acompanhava todo um movimento ocidental na direção do recrudescimento de um modelo econômico neoliberal, que previa o enxugamento do Estado – e de suas políticas públicas – e a privatização dos serviços.

O governo Collor, no início dos anos 90, período marcado pela ampliação das ideias neoliberais, retardou o avanço da Reforma Sanitária,

que nos anos anteriores havia instituído a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências, e instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Foram anos em que o modelo de sistema de saúde proposto enfrentou seu teste de realidade (CARVALHO, 2010) e mesmo em um cenário desfavorável para a garantia efetiva de direitos, a Reforma Sanitária foi se consolidando como uma política pública de saúde e o SUS, mesmo desacreditado por muitos, foi se constituindo como um sistema único, universal, integral, aumentando sua eficácia, efetividade e eficiência, tendo como um dos objetivos, o de promover assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011).

Assim como toda política pública, o caminho na direção da regulamentação e implantação do SUS feito por meio de NOBs (Normas Operacionais Básicas) e da NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), não foi desprovido de seus percalços, se constituindo e se redefinindo, ora confirmando e reforçando aspectos previstos, ora alterando seu desenho original, apontando para mudanças importantes em sua lógica, necessárias diante de um processo de alterações permanentes (CARVALHO, 2010).

Assim, do ponto de vista das transformações históricas o SUS ainda é uma política pública muito jovem, embora tenha, do ponto de vista do tempo de uma vida humana, atingido e ultrapassado sua maioridade. Conquistas vem sendo afirmadas mas, ao mesmo tempo, muitos dissabores se acumulam, face à árdua realidade das condições econômicas e dos interesses menores da vida política brasileira.

Garantir a universalidade, integralidade e equidade, de forma regionalizada e hierarquizada, princípios e diretrizes estruturantes do SUS, não tem sido uma tarefa muito fácil. O fato é que o SUS ainda não é uma realidade nacional e muito há o que se fazer para se alcançar a proposta constitucional (BAPTISTA, 2007).

Segundo Brasil (2006), apesar dos inúmeros avanços do SUS, persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal, capaz de prestar serviços de qualidade a toda os cidadãos brasileiros. Esses problemas podem ser entendidos como grandes desafios a serem superados, dentre os quais distinguem-se: *o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho; e o desafio da participação social* (BRASIL, 2006, p. 47). Além destes é consenso que o maior desafio enfrentado pelo SUS são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS).

O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde, organizado em forma de redes regionalizadas e hierarquizadas, de cobertura universal, sob gestão pública, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 assim define o SUS:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade.

A integralidade da assistência a que se refere a lei Federal nº 8.080/90, aponta para a necessidade de romper com ações isoladas e fragmentadas e se pensar em ações articuladas, em rede, minimizando custos e

potencializando resultados, garantindo ao usuário o acesso aos serviços de prevenção, ambulatoriais e de alta complexidade (BRASIL 1990).

Apesar desses avanços, por mais que sejam significantes e representativas as conquistas alcançadas pelo SUS, muitas ainda são as dificuldades em se fazer saúde de forma articulada e grande é o desafio para se constituir um sistema de saúde unificado e integrado no país (BRASIL, 2011).

Concomitante à criação e expansão do SUS deu-se início no país o movimento de reforma psiquiátrica, que apontava desde o início para a necessidade de se fazer Saúde Mental de forma articulada e integrada, constituindo uma grande rede de assistência, como veremos mais adiante.

5.2 Do manicômio à Reforma Psiquiátrica Brasileira

A história da loucura no ocidente comporta muitas versões, desde aquelas que procuram encontrar suas raízes na longínqua cultura grega – nossa origem mais direta – até leituras diferentes, que localizam a loucura “moderna” a partir do desenvolvimento da chamada modernidade, do século XVII em diante (MUELLER, 1978).

Na primeira perspectiva, encontramos definições de loucura no próprio Hipócrates, pai da medicina, por volta do século IV a.C. A loucura era compreendida como a perda da razão, determinada por desequilíbrios orgânicos e mesmo da vida política e social (MUELLER, 1978).

Ao longo da Idade Média no mundo europeu, o louco foi pensado como alguém endemoniado, possesso. Às vezes aceito na comunidade, outras vezes odiado e rejeitado, o louco terminou sendo depositado, junto com outras tantas categorias sociais “excluídas” em hospitais e asilos, distanciando-se aos poucos do olhar da comunidade (DOMINGUES, 2009).

Mas a loucura, como a compreendemos hoje, é mesmo uma construção moderna. É com Descartes, no séc. XVII que o diferencial radical entre a razão e a desrazão foi instituído. O grande filósofo racionalista, pretendendo salvar a possibilidade do conhecimento, propõe para a ciência um método que, partindo da dúvida, pudesse alcançar, depois a certeza. Essa atitude, plenamente possível a quem tivesse o “bom senso” (ou seja a razão) era um ponto de partida para o conhecimento certo e, portanto, verdadeiro. Logo, estariam impossibilitados de conhecer a verdade as crianças pequenas e, definitivamente os loucos (GARCIA-ROZA, 2005).

Tal concepção de loucura, como desrazão, operou ainda um efeito devastador no imaginário científico e popular acerca da doença mental: se a característica distintiva do homem é a razão – aquilo que o diferencia dos animais – então o louco, irracional, seria como um animal selvagem e, como tal, deveria ser “domesticado” (GARCIA-ROZA, 2005). É nesse sentido, enquanto um animal feroz, que o louco será compreendido também como perigoso, e será trancafiado no asilo, um depósito sem qualquer finalidade terapêutica.

Só no final do séc. XVIII a ideia de um tratamento propriamente aparece, na esteira de um saber científico crescente, de base iluminista que, não apenas procurava explicar o mundo através de categorias racionais, como mantinha ideais humanitários, tudo no sentido de ajudar a humanidade a erguer-se na direção do progresso (GOODWIN, 2005).

Os sentimentos de liberdade, típicos do movimento revolucionário francês inspirariam o médico Phillippe Pinel – inclusive um entusiasta da Revolução Francesa - a fundar a psiquiatria, e com isso inauguraria uma nova era na história da loucura. (GOODWIN, 2005).

O manicômio se tornaria não só um centro de conhecimento psiquiátrico, mas um local de tratamento, que naquela época chamava-se de “tratamento moral”, com atividades laborais, ocupacionais etc., o que não

impediu a permanência, entre tantos alienistas, da antiga visão truculenta e domesticadora:

O hospital psiquiátrico nasce, no umbral do século XIX, para cumprir a curiosa função, como diz Foucault, de um retângulo botânico, em que as doenças são repartidas numa grande horta de diagnóstico e classificação para obrigar que nos canteiros disciplinados aflore a verdade da loucura (BARRETO, 2005, pag. 120).

É nesse ideal científico, médico e terapêutico que surge no Brasil o primeiro manicômio, o Hospício Dom Pedro II, em 1852.

No final do séc. XIX, cem anos após Pinel, a psiquiatria finalmente encontraria corpos teóricos hipotéticos na explicação da loucura. Os avanços na neurologia permitiam pensar que talvez a loucura fosse alguma disfunção cerebral ou dos nervos ainda não detectada (era o tempo da frenologia, com o estudo das localizações cerebrais). As grandes mudanças, no entanto, ocorreriam mais no vocabulário. O termo “loucura” entraria em desuso, substituído por “psicose”.

Na virada do século o psiquiatra Emil Kraepelin daria por fim um caráter claro e descritivo dos principais quadros psicóticos, classificando o mal em três grupos: a demência precoce (depois chamada por Bleuler de Esquizofrenia); a paranoia e; a psicose maníaco-depressiva (antes chamada de melancolia) (ROUDINESCO & PLON, 1998). Se Kraepelin tinha uma relação unicamente científica e descritiva com a psicose – ele não apostava em tratamentos, apenas em estudos e demonstrações – um forte movimento no sentido do tratamento acontecia.

É na passagem do século XIX para o XX que Bleuler, Freud e tantos outros passam a procurar aliar os conhecimentos advindos do estudo da psicose com alguma esperança de tratamento médico (ROUDINESCO & PLON, 1998). Mesmo assim, isto ainda não significaria a verdadeira

humanização do atendimento, pois os manicômios, em sua grande maioria, continuariam funcionando como depósitos de psicóticos (geralmente abandonados pelas famílias) e laboratório científico. No Brasil, o Hospício Dom Pedro II seria conduzido pelo pensamento kraepeliniano, biologizante e organicista, trazido da Alemanha pelo psiquiatra Juliano Moreira, modelo para os demais hospitais psiquiátricos brasileiros (ALVES et al., 2009).

A partir dos anos 1950 uma outra virada na história da psiquiatria iria acontecer, com a invenção dos medicamentos psicotrópicos. Será a vez da psiquiatria química, que paradoxalmente significou de um lado uma grande esperança no controle da psicose e, do outro, terminou gerando também uma sociedade altamente medicalizada e uma psicose esvaziada de subjetividade. O papel do psiquiatra foi aos poucos se resumindo ao de um prescritor de comprimidos, logo associados, numa visão mais crítica, à ideia de uma “camisa de força química” (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Evidenciando-se que o progresso científico e tecnológico não representaram, para efeito da saúde mental, em tratamentos eficazes e humanizados, a segunda metade do século XX vai ser marcada por todo um questionamento do modelo manicomial, cujos protestos começaram na Itália, com o psiquiatra Franco Basaglia e de lá se espalharam pelo mundo, sob a bandeira da “luta antimanicomial”, com a busca de tratamentos dignos, do respeito aos direitos humanos e da garantia da cidadania aos portadores de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). As velhas tentativas de reformas humanizadoras, que modificassem o hospício, embora mantivessem a mesma lógica asilar de confinamento, já não bastavam (ALVES et al., 2009)

No Brasil o pensamento antimanicomial fez seus primeiros ecos já no início do regime militar (golpe de 1964), mas efetivamente a luta irá organizar-se na década de 1970, paralelamente ao “Movimento Sanitário”:

...Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira 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 (BRASIL, 2005)

É assim que, terminando a década de 1970, são constituídos em vários Estados núcleos do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, coincidindo com o surgimento, no Rio de Janeiro, da Divisão Nacional de Saúde Mental, com forte teor questionador acerca da política brasileira para a saúde mental (MESQUITA et al., 2010).

Na sequência, em 1982, é aprovado o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, onde o modelo hospitalocêntrico e privatista foi questionado, pensando-se o estabelecimento de uma rede pública voltada aos cuidados aos portadores de transtornos mentais (ALVES et al., 2009).

Mas o passo mais importante viria depois, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foram lançadas as bases para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, evento que ocorreu em 1987, paralelamente ao II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental (que tinha por lema a seguinte bandeira: “por uma sociedade sem manicômios”), e foi um marco do compromisso político na direção da reforma psiquiátrica. Naquela ocasião foram feitas denúncias sobre os atentados aos direitos humanos cometidos nos manicômios. Um ano depois, com a Constituição Federal e o SUS, estavam lançadas as bases para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Os primeiros passos efetivos na direção da reforma psiquiátrica foram dados no Município de Santos-SP em 1989. Pioneiro na implantação do SUS, inclusive na perspectiva de uma fiscalização dos abusos nos hospitais psiquiátricos locais, chegou a promover a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, que depois fecharia as portas. Em Santos se deram também as primeiras experiências na oferta de serviços substitutivos em saúde mental (BRASIL, 2005).

No mesmo ano o Deputado Federal Paulo Delgado proporia no Congresso Nacional um projeto de lei que seria o grande marco para a reforma psiquiátrica brasileira. A tramitação foi lenta, sendo o projeto aprovado apenas em 2001, com várias emendas que mudaram texto original (BRASIL, 2005).

Mas enquanto as discussões ocorriam no Congresso, muitas outras conquistas foram acontecendo paralelamente. Assim, em 1990 a Organização Panamericana de Saúde promoveria uma Conferência Regional para uma análise crítica da rede de assistência psiquiátrica em toda a América Latina. Dada a gravidade da situação e à emergência por uma reforma, aquele evento produzirá, ao final, a “Declaração de Caracas”, da qual o Brasil seria signatário, onde se destacam os seguintes itens:

- 1 - A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- 2 - A preservação da dignidade pessoal e os direitos humanos e civis nos recursos oferecidos;
- 3 - A oferta de serviços que garantissem a manutenção do paciente no meio comunitário; e
- 4 - A internação quando fosse necessário em um hospital geral (OPAS, 1992).

Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, dando novo impulso à reforma psiquiátrica. Nesse mesmo ano, aliás, muitos Estados da federação, inspirados no Projeto Paulo Delgado, começaram a sancionar leis que gradativamente reduziriam as internações psiquiátricas, substituídas pela construção de uma rede substitutiva, o que impulsionou o próprio Ministério da Saúde a emitir normas reguladoras do funcionamento dos primeiros CAPS, NAPS, Hospitais-dia, bem como a estabelecer critérios claros e rigorosos na fiscalização e autorização de funcionamento dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde publicava a portaria nº 224/92, reafirmando os princípios do SUS, estabelecendo diretrizes e

regulamentando o funcionamento dos serviços de saúde mental existentes à época.

Segundo Luzio e Yasui (2010):

Essa portaria cumpriu o importante papel de ser o documento de orientação e referência, nos sistemas locais de saúde, de implantação dos novos serviços substitutivos. Embora contivesse limitações, a Portaria 224/92, junto com outras portarias publicadas nos anos subsequentes, que estabeleciam diferentes remunerações das autorizações de internação hospitalar do SUS (AIH-SUS), de acordo com uma classificação em termos de adequação às exigências mínimas de funcionamento, foi um instrumento de fiscalização dos hospitais psiquiátricos, levando ao descredenciamento de centenas de leitos e de hospitais pelo País.

Finalmente, em 2001 quando da aprovação da lei 10.216, a Lei Paulo Delgado, a reforma psiquiátrica brasileira dá o seu maior salto em termos de legitimidade, e o processo de desospitalização ganha novo impulso. Apesar de que da lei final aprovada tenha sido subtraída a parte que garantia a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos, ao menos era reafirmada a necessidade de esforços na direção do desincentivo à lógica da hospitalização, meta operacional esta perseguida pelo Ministério da Saúde que, desde 1989, já no contexto do SUS, vinha emitindo portarias neste sentido.

Como discutiremos depois, a não extinção dos hospitais psiquiátricos, no entanto, chegaria a ser denunciada posteriormente como um severo limite aos grandes objetivos da reforma psiquiátrica.

A lei da reforma psiquiátrica brasileira, mesmo com essas contradições, ousou desafiar preconceitos e paradigmas seculares associados ao campo da saúde mental, instituindo uma nova concepção sobre a loucura e sua relação com a sociedade, num texto com amplas garantias dos direitos e da cidadania dos portadores de transtornos mentais, cujo tratamento deveria ser prioritariamente comunitário, objetivando a melhor inserção social do usuário em todos os âmbitos da vida em sua comunidade.

Espelhando as discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília naquele ano, foram pensados serviços substitutivos, que seriam definidos no ano seguinte, através da portaria 336/02, na qual o CAPS vem definido como “serviço de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, com três diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”. Assim, o CAPS passou a ser o articulador central das ações de saúde mental.

Neste contexto, são constituídos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi e CAPSad), ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas, dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar, visam atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geo-político-cultural (ALVES et al., 2009).

Os CAPS são centros especializados voltados para os pacientes com transtornos mentais, com o objetivo de “estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004). 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 quotidiana de usuários e familiares”, constituindo a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004).

Os CAPS surgiram como uma proposta ousada de inovação, transferindo o saber/fazer médico, antes restrito ao espaço médico, organicista – que frequentemente se transformava apenas num instrumento de poder -, fruto de um paradigma de racionalidade instrumental (YASUI, 2006), para ações articuladas entre vários saberes, instituindo uma lógica do trabalho em equipe, com a proposta de uma ação integral e articulada, como propõe o SUS, em vistas ao melhor atendimento às necessidades dos usuários. Mais que isso, o CAPS se constitui como instância mediadora da relação entre o usuário e sua comunidade, com uma visão ampliada na direção da reabilitação psicossocial. Portanto,

um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território. O cotidiano de um CAPS é o de pensar para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado (YASUI, 2006).

Os CAPS foram pensados para os portadores de transtornos mentais graves e persistentes, bem como para pessoas com problemas com o uso/abuso do álcool, do crack e de outras drogas, e são classificados de acordo com a Portaria 3.088/11, da seguinte maneira:

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;
- c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
- d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;
- e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
- f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

No entendimento da reforma psiquiátrica brasileira os CAPS não constituem “o fim”, mas “um meio”, em se tratando de reabilitação psicossocial:

O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2006)

Assim, a instituição precisa ser compreendida muito mais em termos das relações e inserções comunitárias que pode desenvolver, do que quanto a atividades que possam ser “oferecidas”, no seu interior. O CAPS deve ser visto – pelos usuários, seus familiares, a comunidade, os gestores e os próprios técnicos do serviço e da rede de atenção à saúde – como um “lugar de passagem” (PELIZZARO, 2006), e não como um “lugar de internamento”, de confinamento, de desaparecimento social, nos moldes do que havia nos antigos manicômios.

É nesse sentido que a concepção do CAPS parte, necessariamente, da descoberta – ou construção – de um novo lugar social para o louco:

A construção de um *outro lugar social* para a loucura é, portanto, uma proposta inerente à reforma psiquiátrica. Há neste projeto a ênfase na participação social de usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares na sua construção e efetivação. Isto é, nos discursos da reforma psiquiátrica, com princípio de desinstitucionalização, esses sujeitos aparecem como atores sociais imprescindíveis à construção desse *outro lugar social* para a loucura. (ACIOLY, 2009)

Esse novo lugar contrasta com o antigo lugar da loucura, confundido com o lugar de um sujeito inválido e até mesmo perigoso (PELIZZARO, 2006). Nessa velha forma de pensar, se o conceito de invalidez aponta para a ideia de uma “incapacidade” para atividades socialmente úteis, e o de “periculosidade” reforça esse caráter “associal” - ou seja, são constituídos a partir da incompreensão dos potenciais de inserção social do portador de transtorno mental -, outros preconceitos parecem ser ainda mais radicais, na

medida em que deixam de reconhecer caracteres humanos em si mesmos, aquilo que nos define como pessoas:

enuncia-se simultaneamente a sua negatividade, esta enunciação invalida ou torna negativo este valor pressuposto, anula-se o seu poder de contrato; - os bens do louco tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados. (KINOSHITA *apud* PELIZZARO, 2001, p. 55)

Ora, se o objetivo dos CAPS é a reabilitação psicossocial e a construção/reconstrução da cidadania do portador de transtorno mental (GONÇALVES e SENA, 2001), isto se torna impossível se não é feito todo um trabalho de sensibilização da comunidade para que possa compartilhar práticas, valores, espaços sociais, com os portadores de transtornos mentais.

6. DISCUSSÃO: REVISANDO AS PRÁTICAS DA REFORMA PSQUIÁTRICA, A PARTIR DE ESTUDOS CIENTÍFICOS

6.1 A Saúde Mental no SUS: Além das portarias

Na direção da efetiva implantação da reforma psiquiátrica brasileira, e em estreita observância aos princípios norteadores do SUS, nos últimos anos temos acompanhado um grande detalhamento das políticas, das ações, dos serviços em saúde mental, que vem sendo continuamente propostos e redefinidos através de decretos, portarias, diretrizes.

Esse processo de construção, como já apontamos, não tem se dado sem contradições. A própria lei da reforma psiquiátrica tem recebido uma série de críticas, seja em aspectos de seu espectro, seja mesmo em sua essência. Luzio e Yasui (2010) assim se posicionam:

Embora saudada como a lei da Reforma Psiquiátrica, seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, de autoria do deputado Paulo Delgado, aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. Neste, tínhamos uma proposta de substituição de modelo e, na lei sancionada em 2001, a substituição transforma-se em proteção de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial.

Luzio e Yasui (2010) denunciam ainda a falta de compreensão e compromisso de muitos gestores públicos, terminando por gerar graves desvios de objetivos e alcance dos serviços dos CAPS, que terminam sendo vistos muito mais como oportunidade para captação de recursos suplementares à receita dos municípios, do que como um importante e revolucionário modelo assistencial. O crescimento vertiginoso da quantidade de CAPS no país – que segundo dados do Ministério da Saúde eram 22 até 1992, passando a 295 em 2001 (ano da aprovação da lei Paulo Delgado), e daí atingindo 1.011 já em 2006 (BRASIL, 2007) – dão uma mostra da velocidade de um aumento quantitativo, dificilmente acompanhado por um crescimento qualitativo.

Nessa busca irrefletida pela implantação de serviços, Luzio e Yasui (2010) ainda advertem para o maior de todos os riscos:

Essa velocidade pode induzir a um perigoso e crucial equívoco: o CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental, isto é, uma unidade isolada, em que se executam em nível ambulatorial ações próprias de profissionais.

A lógica do manicômio, portanto, pode ser incorporada no próprio CAPS, transformado talvez numa criatura híbrida, num misto de hospital e refúgio de desvalidos, um verdadeiro “capscômio” – como jocosamente tem sido denunciado -, distante do social, da vida, da dinâmica da cidade.

Abandonado à própria sorte, esquecido por muitos gestores, muitos CAPS tornam-se invisíveis socialmente para boa parte da comunidade, que ainda não incorporou novos paradigmas de compreensão e convivência com o portador de transtornos mentais. Entre as quatro paredes muitos profissionais reduzem o seu fazer a tentar conter e entreter os usuários, geralmente em quantidades crescentes, que ultrapassam as capacidades de atendimento e, além disso, isolados do mundo e resistentes ao texto das novas diretrizes, terminam reproduzindo velhos modelos de assistência, muitas vezes focados na doença, ou seja, no controle de sintomas, negando

a concepção emancipatória de saúde mental, que afirma o sujeito em detrimento de sua enfermidade (PELIZZARO, 2006).

É possível constatar, muito freqüentemente, que o que se entende por reforma psiquiátrica é uma simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico (AMARANTE, 2003, p. 45).

Se conforme o projeto inicial os CAPS devem ser entendidos como instituições de passagem, isso supõe que cada usuário seja acolhido e para ele seja construído um projeto terapêutico individual, que prevê ações, início, meio e fim, portanto a alta. Ora, a alta precisa ser uma meta, pois se a política de saúde mental tem como objetivo a reabilitação psicossocial, é preciso apostar na autonomia do sujeito para uma vida em sociedade. Mas pesquisas apontam que os profissionais dos CAPS frequentemente não trabalham com essa perspectiva, gerando um tipo de vínculo permanente entre o usuário e o CAPS, percebido como um lugar de “internação”, de afastamento social para um tratamento sem fim (nos dois sentidos da palavra). (PELIZZARO, 2006).

A reforma psiquiátrica pressupõe, dentre outras coisas, um enorme esforço de capacitação de todos os profissionais da saúde mental. Como a reforma psiquiátrica se fundamenta num paradigma muito jovem, e como praticamente a totalidade dos profissionais da saúde foram formados num paradigma anterior, mecanicista, medicamentoso, a modificação da cultura “em casa” termina sendo hoje um grande desafio, muito longe de se tornar uma conquista. Os profissionais,

pelo contrário, acabam reproduzindo o saber e as práticas que conhecem, criando, assim, lugares onde o modelo hegemônico novamente prevalece: mantém uma rígida estrutura verticalizada; o saber e as condutas médicas preponderam; a divisão de trabalho é rígida; objetiva-se a supressão sintomática; enfoca-se exclusivamente a doença. (...) Mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas (YASUI, 2006).

Diante dessas graves dificuldades, o próprio processo de desospitalização, enquanto meta abstrata, pode terminar se convertendo noutra coisa, ainda mais arriscada do que a hospitalização, que seria a

desassistência; ou seja, de “desospitalização” cairíamos numa “desassistência”, com todos os riscos daí gerados, desde os imediatos, com o abandono do portador de transtorno mental à sua própria sorte, até, oxalá não aconteça, um ressurgimento do poder médico, hospitalocêntrico, organicista, que ressurgiria das cinzas alimentado pela evidência – um sofisma, na verdade – da falência do modelo psicossocial (GONÇALVES e SENA, 2001).

Diante desses impasses há autores moderados que sugerem a necessidade, hoje, de uma parceria entre o hospital psiquiátrico – reformado – e o CAPS, considerando que o hospital ainda é uma realidade, talvez mesmo necessária, e além do mais, o hospital psiquiátrico, hoje, já incorporou muito do discurso da reforma, compartilhando com os CAPS do ideal de assistência ao portador de transtorno mental (PRAZERES e MIRANDA, 2005).

Na prática, entretanto, verifica-se a inexistência de uma parceria entre o CAPS e o hospital psiquiátrico, que terminam funcionando muitas vezes paralela e independentemente uns dos outros, mobilizando dúvidas, ressentimentos e suspeições recíprocas, a despeito do que diz a lei da reforma psiquiátrica, que deixa claro que o tratamento na rede extra-hospitalar é prioritário, não excluindo a internação, quando necessário, com assistência integral.

6.2 A Rede de Cuidados

Com o objetivo de superar a fragmentação na atenção à saúde, o Ministério da Saúde, estabeleceu, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”,

com a proposta, entre outras, de “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada” (BRASIL, 2010).

Seguindo um modelo sistêmico, a Rede de Atenção à Saúde é composta por subsistemas, ou seja, redes com competências mais específicas, donde destaca-se, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial, com os objetivos de facilitar o acesso da população à assistência psicossocial, melhorando o vínculo dos usuários e familiares aos postos de serviço, integrados segundo uma lógica territorial de acolhimento, acompanhamento e atenção às urgências psiquiátricas. Esta rede é voltada especificamente para pessoas com sofrimento ou transtorno mental graves e persistentes e para aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde (UBS, equipes de atenção básica, NASF);
- II - Atenção Psicossocial Especializada (CAPS);
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização e;
- VII - Reabilitação Psicossocial.

No entanto, segundo as diretrizes do SUS, os municípios até 20.000 habitantes comportam apenas a Atenção Básica e Atenção Psicossocial – CAPS tipo I. Por esta razão, O item I, da Atenção Básica em Saúde, na sua relação com a saúde mental, terá aqui sua análise privilegiada, por tratar-se do próprio objeto deste estudo.

6.2.1 A saúde mental na Atenção Primária

A saúde mental, hoje compreendida no contexto da reforma psiquiátrica e do SUS, é tratada nos três níveis de assistência: básica; média;

e alta complexidade. Na atenção básica, conforme Brasil (2003) tem-se como princípios fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Nesse nível primário de atenção à saúde encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), definidas pelo Ministério da Saúde como a “porta de entrada” do SUS, os PSFs – hoje nomeados Estratégia de Saúde da Família (ESFs) - e os NASFs, que devem atender de forma imediata a toda a população abrangente, com o mínimo de burocracia e o máximo possível de resolutividade.

Segundo a portaria 648 (BRASIL, 2006),

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações...

Os serviços na atenção básica são amplos e diversificados. As USBs, portanto, atendem a uma demanda que vai desde os primeiros sintomas de agravo à saúde até os incômodos e dissabores da vida, inclusive as angústias próprias do sofrimento psíquico.

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 56% das equipes de saúde da família referem fazer alguma ação de saúde mental (Brasil 2003), o que demonstra a grande prevalência de transtornos psíquicos na população.

Em 2008, com a Portaria GM 154/08, os profissionais de saúde mental foram incluídos nas equipes Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), caracterizando um dos principais avanços do período 2007-2010 para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2011, b).

Segundo Brasil (2011b),

os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas .

Assim, as equipes de Estratégia de Saúde da Família são hoje os agentes principais no trabalho primário em termos de saúde mental (BRASIL, 2011a), bem como nos casos de problemas como o uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Como trata-se de algo bastante novo,

faz-se necessário que a organização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade (SUS, 2002, p.48).

Portanto, a atenção básica, quanto à saúde mental, precisa ainda encontrar o seu espaço, os meios de articular a sua especificidade à generalidade dos cuidados básicos em saúde, fornecendo o suporte inicial – e muitas vezes precioso – de modo a melhor assistir às necessidades básicas em atenção à saúde mental, inclusive evitando os efeitos danosos do encaminhamento indiscriminado aos CAPS, já superlotados.

As ações específicas da atenção básica em saúde mental foram definidas através da Portaria N° 3.088/11, que estipula que

a Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011d).

Aliás, nos municípios com população inferior a 20 mil habitantes, onde de acordo com a legislação não se faz necessária a implantação de CAPS, a atenção em saúde mental é prerrogativa dos NASFs, conforme estabelece a Portaria n° 154/2008.

As ESFs trabalham ainda com uma ampla gama de situações psicossociais, que se não chegam a caracterizar “transtorno mental”, podem ser compreendidas como “sofrimento psíquico”, sensibilidade esta que pode

se relacionar com uma infinidade de causas e motivações pessoais, interpessoais, culturais e que, direta ou indiretamente, pode relacionar-se com o agravamento de outras doenças:

Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (BRASIL, 2008, p. 09).

Esta breve descrição dos múltiplos aspectos do sofrimento psíquico envolvido na saúde mental, bem como na saúde em geral, evidencia a importância da prestação de serviços em termos de atenção básica. Apesar disso, articulação entre a atenção básica e a saúde mental está ainda engatinhando e ensaiando os primeiros passos na maioria dos serviços e redes de saúde, o que transparece na constatação de falhas, incertezas e até ausência de indicadores no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Como trata-se de uma experiência ainda muito recente, a produção científica na área é bastante escassa, o que justifica todo e qualquer esforço acadêmico de pesquisa e socialização dos resultados.

6.2.2 As dificuldades na implementação da Rede de Atenção Psicossocial

Não se muda uma cultura por decreto. Não se pode esperar que uma cultura mude qualitativamente sem atitudes propositivas e inovadoras. Duas teses contraditórias assim, cada uma parecendo verdadeira, geram um estado de aporia, um beco sem saída mental. Sem saída porque existem duas saídas apenas parciais. Somente um esforço dialético poderá enlaçar esse par reverso de tese e antítese, onde um elemento aparece ora como figura de destaque contra um fundo constituído pelo outro elemento, ora a situação se inverte e o jogo continua.

O equilíbrio instável entre essas atitudes, ao que parece, só é possível no interior de uma democracia. Vejamos senão. Num sistema totalitário, mesmo que os gestores do primeiro escalão sejam competentes e bem intencionados, mesmo que bem assessorados, mesmo que criem políticas muito bem planejadas, amparadas cientificamente, se a população não puder participar criticamente do processo, inclusive cooperando com suas ideias e vivências na correção de rumos de uma política pública, toda a proposta pode cair inócua, afundada no peso da própria burocracia que criou. Isso parece ter acontecido nos países do bloco comunista. Num sistema democrático - democracia social real, não a democracia capitalista liberal tão defendida por certos países imperialistas, portanto autoritários – os gestores competentes e bem intencionados criam diretrizes e socializam-nas nas bases, de quem espera o retorno, o *feedback*, que retroalimenta as políticas e faz avançar, ao mesmo tempo dando condições para a modificação da cultura.

Esse processo é mais lento que o modelo totalitário, mas parece ser bem mais eficaz, pois as pessoas envolvidas entram num debate, se sentem participantes de uma construção comum. Este é o modelo que o SUS tem tentado operar no Brasil, com todos os méritos e todos os dilemas possíveis e imagináveis no caminho.

Falemos, portanto, da realidade. A rede de atenção psicossocial é uma nova concepção no modo de pensar e operacionalizar a saúde pública. Não temos na nossa história um modelo semelhante e, portanto, não temos uma vivência consolidada quanto a isto.

Em grande medida as pessoas continuam esperando que a atenção em saúde seja a tradicional “consulta” médica diante de um sintoma físico já instalado. Em grande medida, por outro lado, os profissionais da saúde trazem ainda o ranço de um tempo onde essa concepção de saúde/doença e do poder curador do médico era determinante. Num modelo de atenção multiprofissional, especialmente na atenção básica, esse saber médico – gerador de um poder – é diminuído, não sem resistências.

Além disso, num modelo de atendimento em rede, o próprio saber/poder das equipes interprofissionais (que herdaram, em parte, o monopólio do saber/poder médico) se vê diminuído - também demarcando resistências – diante de uma concepção em que o foco não está na doença nem no poder de curar, mas no próprio paciente, agora usuário de um serviço que não deve ser pensado como um “lugar”, mas como um “processo”, que acontece em muitos lugares, desde o lugar mais amplo da cultura, até o lugar mais íntimo da subjetividade individual.

Essa dificuldade tem sido registrada, por exemplo, na relação entre os CAPS e a Atenção Básica. Pesquisas evidenciam uma grande dificuldade de integração entre essas instâncias, quando se trata da atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

Frequentemente as relações interinstitucionais terminam se reduzindo aos encaminhamentos recíprocos, seguindo um modelo de matriciamento.

Além disso, em muitos locais encontram-se profissionais para os quais ainda reina um sentimento de disputa de competências quanto à atenção psicossocial: se estão nos CAPS, compreendem que somente lá os portadores de transtornos mentais devem procurar atendimento – muitas vezes, ainda, atendimento hierarquizado, centrado na figura e nos procedimentos organicistas do psiquiatra, meramente assessorado pelos demais profissionais da equipe; se estão na Atenção Básica, envolvidos com diversos programas de prevenção e promoção da saúde, e com aglomerados populacionais muito grandes, terminam apenas fazendo encaminhamentos para os CAPS, não compreendendo o seu papel como agentes promotores de saúde nessa área.

Muitas portarias e diretrizes tem sido produzidas no sentido de corrigir esses e outros problemas ligados ao entendimento de um trabalho em rede. Muitas discussões, capacitações tem tentado sensibilizar os espíritos nessa nova compreensão de trabalho. Empreender esforços sem desanimar quando se verificam resistências culturais, faz parte de um trabalho maior, numa escala de tempo que não pode se confundir com o desejo mágico de

transformação das realidades, nem com o descanso e o cruzar de braços que apenas espera o tempo agir por sua própria conta.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde Mental que norteia a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada na regionalização e articulação de uma rede ampliada de serviços em saúde voltados para o acolhimento integral e a reinserção social das pessoas com transtorno psíquico e decorrentes do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, ainda apresenta, apesar dos avanços, uma grande lacuna entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade dos municípios e regiões de saúde.

Dentre as causas desse descompasso destacamos uma que seria mesmo praticamente inevitável: trata-se de uma grande mudança cultural que, como qualquer outra, não acontece rapidamente. O conceito de “portador de transtorno mental” ainda é algo muito recente em nossa cultura, que há séculos sedimentou o termo “louco” como alguém incapaz, perigoso, quase inumano.

A reforma psiquiátrica não apenas teve (e tem) que confrontar-se com essa “inércia” cultural mais ampla, como também alterou significativamente a compreensão científica e terapêutica do que significa tratar. A subcultura médica, hospitalocêntrica, voltada para o controle do sintoma, sem maiores reflexões sociais e implicações cidadãs, foi (e é) ameaçada por uma proposta bastante revolucionária, fundada na preocupação com a qualidade de vida pessoal e social do usuário dos serviços de saúde mental.

Evidentemente, essa inversão de polos não se daria sem resistências, umas mais visíveis, identificáveis, mas a maioria de forma subliminar, onde os atores assumem novos conceitos e discursos, mas preservam práticas obsoletas, seja por serem mais conhecidas, habituais, seja por interesses outros, como o desejo da garantia de uma relação vertical de poder entre

quem supostamente detém um saber e o “usuário”, ou seja o paciente (palavra esta que remete à ideia de “passividade”), destituído de saber e poder sobre sua condição.

Ainda nessa linha interpretativa cultural, há o imenso problema da dificuldade de compreensão da reforma psiquiátrica pelos gestores públicos, a quem compete a garantia da efetivação da lei. Em geral partilhando dos preconceitos sociais quanto à “loucura”, muitos gestores mal preparados se contentam apenas com a manutenção de condições mínimas de funcionamento dos postos de serviço, precarizados, pouco relacionados com a vida social e cultural das cidades.

Pesquisas indicam que estes problemas se espalham pelo país, embora a situação seja mais crítica nos lugares mais distanciados dos grandes centros urbanos. Nos municípios de pequeno porte, ou seja, municípios com população até 20.000 mil, 40.000mil habitantes, onde os serviços de saúde fecham as portas às 17 horas, muitos são os desafios a enfrentar.

Nessa realidade, como acolher os usuários em situação de urgência quando não dispomos de um serviço que funcione em horário integral? Tal realidade nos leva a questionar o grande número de CAPS I implantados nos municípios que funcionam como um verdadeiro serviço ambulatorial de psiquiatria, totalmente isolado e desarticulado, longe de oferecer uma atenção integral ao usuário.

Ainda mais difícil tem sido a efetivação da atenção à saúde mental nos programas de atenção primária à saúde. Se essa instância da rede de atenção psicossocial ainda é um desafio nas grandes cidades – face à incompreensão do papel do trabalho preventivo e de promoção de saúde mental, pelos próprios profissionais – a situação é bastante crítica nos pequenos municípios. Como nesses municípios inexitem os CAPS III, com funcionamento 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados, grande parte do suporte à saúde mental precisa ser garantido pela atenção básica, o que não tem ocorrido, o que tem repercutido na desassistência ao portador

de transtorno mental e usuários de álcool, crack e outras drogas, comprometendo a própria lógica da integralidade, prevista pelo SUS.

Diante da complexidade desse panorama, entendemos que o reconhecimento dos componentes culturais resistentes à mudança e que o despreparo dos gestores e técnicos para cumprirem o que prevê a reforma psiquiátrica, nada disso deve servir de justificativa para a acomodação. A difícil realidade deve funcionar como impulsionadora para mudanças, inclusive alimentadas por algumas conquistas que hoje, pouco mais de uma década da lei da reforma psiquiátrica, já apresentam sinais positivos.

Entendemos que a reforma psiquiátrica não se demarca no dia da promulgação da lei, mas se constitui num processo de lutas, resistências e conquistas. Se um dia foi possível sonhar com o fim dos velhos manicômios – meras fábricas de tecnologias de tortura – podemos continuar sonhando e concretizando, passo a passo, uma reforma psiquiátrica que poderá, um dia, garantir a todos nós, portadores ou não de transtornos mentais, um lugar de valor e reconhecimento social.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y. A. **Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar para a loucura?**, 2009. disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf>, acesso em : maio/2012.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira (et al.). **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Rev. Neurobiologia, 72 (1), jan./mar. 2009. disponível em: http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-2011_Ribas_Fred_et_al_Rev_.pdf. acesso em: abril de 2012.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLIAR, Moacyr et al. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das Políticas de Saúde no Brasil: A trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_3.pdf. acesso em: abril/2012.

BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. 199p

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei n. 8.142**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990

_____. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>. Acesso em: Março/2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011c, 106 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de saúde Mental e Coordenação de Gestão da atenção básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília/DF; 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília; 2004.

PORTARIA No- 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011d
MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.
MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>>.
Acesso em: Março/2012

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS /** Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.82p.

D'ARAÚJO, Maria Celina. **Entre a Europa e os Estados Unidos: Diálogos de Vargas com seu diário.** *Luso-Brazilian Review* Vol. 34, No. 1 (Summer, 1997), pp. 17-41

DOMINGUES, Margarete Aparecida. **A psicanálise e a arte: a construção de ofícios terapêuticos em saúde mental /** Margarete Aparecida Domingues. - 2009. disponível em:

http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/014_DissetacaoMargariteApDomingues.pdf, acesso em: maio de 2012.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 21.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Ver Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55. disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em : abril/2012

GOODWIN, C. James. **História da psicologia moderna**. São Paulo: Cultrix, 2005.

KUSCHNIR, Rosana Chigres. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde** / Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010

LEITE JÚNIOR, Alcides Domingues. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro** / Alcides Domingues Leite Júnior. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o Breve Século XX**. (1914-1991). São Paulo, Companhia das Letras, 2003, 598 p

LUZIO, Cristina Almeida. ; YASUI, Silvio. **ALÉM DAS PORTARIAS: DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL** Rev. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=548924&indexSearch=ID> . acesso em: maio/2012

MESQUITA, José Ferreira de (et al.) **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf. acesso em: abril de 2012.

MULLER, Fernand-Lucien. **História da psicologia: da antiguidade aos dias de hoje**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1978. (Coleção Atualidades Pedagógicas; 89).

Muraro, R M. (1997). Breve introdução histórica. In H. Kramer & J. Sprenger (Eds.). *Malleusmaleficarum: O martelo das feiticeiras* (pp.5-17). Rio de Janeiro, RJ: Rosa Dos Tempos.

MROS, Günther Richter. Relações Internacionais do Brasil no Limiar da Era Vargas: Processo Decisório e Questão Siderúrgica. IN: **Relações internacionais no mundo atual** / UNICURITIBA – Centro Universitário Curitiba. Curitiba: UNICURITIBA, 2011.

Paulo Sergio dos Prazeres e Paulo Sergio Carneiro Miranda. **Serviço Substitutivo e Hospital Psiquiátrico: Convivência e Luta**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2005, 25 (2), 198-211. disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000200004&script=sci_abstract. Acesso em: Maio/2012.

PELIZZARO, Fernanda. **A Alta de Usuários nos Serviços Substitutivos / CAPS na região da Grande Florianópolis – SC**, Palhoça (SC), 2006. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/FernandaPelizzaro.pdf>>. acesso em: maio/2012

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf> Acesso em: maio de 2012.

GAUDENZI, Paula.; SCHRAMM, Fermin Roland. **La transición paradigmática de la salud como un deber del ciudadano: una mirada a la salud pública**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14,n.33, p.243-55, abr./jun. 2010.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em:http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rehttp://rev10/as_politicas_de_s.htmlv10/HTML acesso em março/2012

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**, Rio de Janeiro, 2006. disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=490878&indexSearch=ID>. Acesso em: Maio/2012