



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS- CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ANGELY DIAS DA CUNHA

**POLÍTICA SOCIAL, SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL: Uma análise das
atuais configurações da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande-
PB**

Campina Grande

2015

ANGELY DIAS DA CUNHA

POLÍTICA SOCIAL, SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL: Uma análise das atuais configurações da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande-Paraíba

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB- campus I- Campina Grande-PB, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^o. Dr^a Alessandra Ximenes da Silva

Campina Grande

2014

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.

C972p Cunha, Angely Dias da Cunha
Política Social, saúde mental, serviço social [manuscrito] :
Uma análise das atuais configurações da reforma psiquiátrica no
município de Campina Grande - PB / Angely Dias da Cunha . -
2015.
103 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva,
Departamento de Serviço Social".

1. Política social. 2. Saúde mental. 2. Serviço social 3.
Reforma psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

ANGELY DIAS DA CUNHA

**POLÍTICA SOCIAL, SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL: Uma análise das
atuais configurações da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande-
PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba- UEPB- campus I- Campina
Grande-PB, para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^o. Dr^a Alessandra
Ximenes da Silva

Aprovado em: **04/03/2015**

Nota: oitavo (8,5)

BANCA EXAMINADORA

Alessandra Ximenes da Silva
Prof^a Doutora Alessandra Ximenes da Silva
CCSA/UEPB
Orientadora

Lúcia Maria Patriota
Prof^a Mestre Lúcia Maria Patriota
CCSA/UEPB
Examinadora

Thaísa Simplicio Carneiro
Prof^a Mestre Thaísa Simplicio Carneiro
CCSA/UEPB
Examinadora

Dedico esse trabalho ao Senhor, pelas bênçãos. À minha amada mãe e meus familiares. À meu grande amor, Noah. Ao meu esposo Annaxsuel. Ao Departamento de Serviço Social. À minha avó(mocinha) em memória. À minha orientadora Alessandra e a minha turma 2011.1

AGRADECIMENTOS

O momento de escrever os agradecimentos faz com que as memórias e os sentimentos ultrapassem os limites das palavras, as lágrimas e as emoções são recorrentes. Agradeço a todos que fizeram com que esse trabalho se tornasse uma realidade. Em primeiro lugar agradeço ao meu grande Deus, por me abençoar durante essa árdua e prazerosa caminhada em busca do conhecido.

Agradeço a minha amada mãe (Josefa Dias) por estar sempre ao meu lado, me aconselhado, me apoiando, me ensinado, me mostrando o caminho em prol da paz. À agradeço por ser essa mulher guerreira, sincera, verdadeira e vitoriosa.

Agradeço aos meus familiares que sempre estavam orando pelo minha felicidade, em especial, agradeço à minha tia Luzinete— que mesmo distante nunca esqueceu de mandar uma mensagem de apoio, de força e de muita fé; e a minha tia Maria Dalvina (carinhosamente tia Dal)— que apesar de ser uma portadora de transtornos mentais, sempre demonstrou o carinho imenso e a preocupação para comigo. Foi vivenciando sua luta diária que passei a sentir interesse em pesquisar sobre a política de saúde mental.

Agradeço ao meu pai (Antônio Cunha), pelos valores éticos e morais transmitidos, o agradeço por sempre estar ao meu lado às vezes que sempre precisei e que não precisei, o agradeço por colaborar com as realizações dos meus sonhos. Agradeço ao meu irmão (Ariclênes Cunha), por cada conselho e pelos momentos de carinho.

Agradeço à todas as minhas amigas. À minha amiga (Lucivânia) pelos momentos únicos e inesquecíveis durante a graduação. Agradeço pelo grande lema “Deus é pai né padrasto não”, pelos momentos de conquistas e decepções compartilhado entre nós. Depois de uma longa história de amizade se tornou minha Best Friend. Agradeço à minha amiga (Taciana), por ser uma pessoa abençoada e muito especial, agradeço pelo seu apoio e por me ajudar em todos os momentos. Agradeço à minha amiga (irmã) Jéfitha por estar vivendo ao meu lado os momentos ruins e felizes da minha vida. Agradeço por ela ser sincera, amável, humilde e uma verdadeira amiga, amiga pra todas as horas. Agradeço a minha amiga (Flávia Jaiane) pelo carinho, pelos momentos de estudos, pelas orientações e conselhos acadêmicos.

Agradeço ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, exclusivamente agradeço aos meus professores que tenho um carinho imenso:

Mônica Barros, Sandra Amélia, Aliciane, Cleonia, Franscinete, Thaísa, Thereza Karla, Socorro Pontes, Cleomar Fonseca, Sheylla, Noalda, Patrícia Crispim, Aparecida, Auri, Célia, Sebastião Andrade, Eduardo Jorge, Nerize, Walber, Liélia, Carlos Barros, Geraldo Medeiros, Alcilene, Thiago, Bia Sorrentino, Kathellen e Alessandra.

Em especial desse grupo de professores agradeço à professora Kathellen, por ser uma pessoa humana, sentimental, inteligente e além de tudo uma excelente educadora, à agradeço por ter paciência comigo e por sempre pensar no meu melhor, a agradeço por ser um exemplo de ser humano e de professora.

Outro agradecimento em destaque vai para a minha orientadora Alessandra Ximenes, agradeço tanto por ter sido minha professora como por ter aceito meu pedido desesperador de ser minha orientadora. Agradeço pelos conhecimentos transmitidos, agradeço pela paciência, pela coerência, pela responsabilidade, pela inteligência e pelo jeitinho tímido que esconde um verdadeiro vulcão de conhecimento.

Agradeço à minha turma 2011.1 de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba pelas calorosas discursões produtivas realizadas em sala, agradeço pelas parcerias realizadas que serão eternizadas, agradeço pelas manhãs divertidas, agradeço por vocês fazerem parte da minha história, agradeço em particular a: Sayonara, Nathália, Ruth, Flávio, Paloma, Dayana, Lucivânia, Taciana, Geruza, Marcelo, Genilza, Ana Karla, Jaqueline, Liliane, Nycole, Jéfitha.

Agradeço ao meu amado esposo (Annaxsuel) que sempre foi mais do que um esposo, mas que é um amigo, um irmão. Muito obrigada por ser muitas vezes minha estrela guia, meu protetor e meu amor. Muito obrigada pela paciência, pelo carinho contínuo, pelo apoio de sempre. Meu companheiro nesta trajetória, que soube compreender, como ninguém, a fase pela qual eu estava passando, e que durante a realização deste trabalho, sempre tentou entender minhas dificuldades e minhas ausências. Agradeço-lhe, carinhosamente, por tudo isto.

Agradeço a Assistente Social Andreyra(orientadora de estágio) pelas orientações e pela experiência transmitida.

Por fim, meu maior agradecimento vai para o ser mais importante da minha vida, meu filho (Noah), agradeço por ser uma criança amável, alegre, simples, cativante e linda. Tão pequeno e já cheio de expressões. Agradeço por você ser minha luz no fim do túnel, agradeço por você ser meu anjo. Te amo!

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral contextualizar a trajetória da política de saúde mental como um campo de intervenção do assistente social no contexto nacional e na particularidade do município de Campina Grande-PB. Para tanto, na metodologia nos utilizamos da realização de levantamento bibliográfico, documental e observações, incluindo fontes que nos proporcionaram extrair dados empíricos sobre a política de saúde mental em tempos de contrarreforma do Estado e fontes que forneceram o aporte teórico necessário à compreensão crítica do objeto, trata-se de uma análise qualitativa norteada pelo método crítico-dialético. O período de realização da pesquisa foi entre fevereiro de 2014 até janeiro de 2015. Para a efetivação desta pesquisa, buscamos pressupostos teóricos pertinentes à temática – como o tratamento que a loucura teve ao longo da história, Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental na atualidade e a especificidade da atuação do Serviço Social na Saúde Mental. O trabalho foi motivado por reflexões no estágio realizado na Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande, a cerca da configuração da política de saúde mental na atualidade, tendo em vista que a política de saúde mental vem sofrendo rebatimentos da contrarreforma do Estado no que se refere ao fortalecimento das organizações sociais em detrimento do desmonte do SUS, trata-se de um processo de privatização da saúde mental na qual o Estado tem transferido suas responsabilidades para as Organizações Sociais- são organizações públicas de fins privados. Como o Serviço Social está inserido na Política de Saúde Mental desde 1940, os resultados desta pesquisa nos levaram a afirmar que a conjuntura econômica, social e política do Brasil tem tendenciado para fortalecimento de uma atuação profissional pautada em atividades "clínica", que se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Na particularidade da política de saúde mental no município de Campina Grande, a configuração da política de saúde mental não é diferente, o processo de privatização da saúde tem se mascarado através da lei de gestão pactuada, cujo interesse é legalizar as Organizações Sociais transferido as responsabilidade do município para o “Terceiro Setor”. Sendo assim, apontamos que esse processo de desmonte dos direitos dos trabalhadores trata-se de uma iniciativa do capital para alavancar a obtenção de lucro através de uma redefinição do Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Serviço Social.

ABSTRACT

This course conclusion work has as main objective to contextualize the history of mental health policy as a field of intervention of the social worker in the national context and in particular in the city of Campina Grande-PB. Therefore, the methodology used in conducting literature, documentary and observations, including sources that provided extract the empirical data on the mental health policy in contrast to the state and sources that provided the theoretical framework need to critically understand the object, it is a qualitative analysis guided by the critical-dialectical method. The period in which there search was from February 2014 until January 2015. For the realization of this research, we seek the theoretical assumptions relevant to the subject as the treatment that madness had throughout history, Psychiatric Reform, Mental Health Policy nowadays and the specificity of action of Social Work in Mental Health. The work was motivated by reflection on stage in Family Health Strategy in large Campina municipality, about the configuration of mental health policy at the present time, given that the mental health policy has suffered repercussions of state reform in refers to the strengthening of social organizations over the dismantling of the SUS, it is a process of mental health privatization in which the state has transferred its responsibilities to the Social organizations are public private commercial organizations. As social work is inserted in Mental Health Policy since 1940, this search also claims that the economic, social and Brazil's policy has tendency to strengthen a Professional action based on activities "clinic", which has subordinated the homogenization of psychological knowledge and so betrays the social mandate of the profession, betrays the ethical-political Project and leaves a historical gap in the Psychiatric Reform project. The particulars of mental health policy in the municipality of Campina Grande, setting the mental health policy is no different, the health privatization process has been masked by the agreed management law, whose interest to legalize the Social Organizations transferred the responsibility the municipality for the "Third Sector". Therefore, we point out that this process of workers' rights disassemble it is a capital initiative to make a profit through a redefinition of the State ..

KEYWORDS: Mental Health Policy. Psychiatric Reform. Social Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1— Pontos em Comum entre os Principais Processos de Reforma Psiquiátrica.....	25
Tabela 1— Superlotações dos Hospitais nos anos 50.....	31
Gráfico 1— Cenário em porcentagem dos hospitais psiquiátricos nos anos 40 e após o golpe militar.....	32
Quadro 02— Marcos Históricos da Legislação Brasileira na Década de 1980.....	35
Quadro 03— Marcos Históricos dos anos 90 Referente à Política de Saúde Mental.....	37
Quadro 04— Conteúdo da Legislação Brasileira Referente à Saúde Mental.....	40
Quadro 05— Articulação da Rede Conforme a Lei 10.216/2001.....	47
Quadro 06— Rede de Atenção à Saúde Mental.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONASP – Conselho Nacional da Administração da Saúde Pública

COSAM– Coordenação de Saúde Mental

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DNSM – Divisão Nacional de Doenças Mentais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

GAPH – Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

HD – Hospital-Dia

ICANEF – Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MLA – Movimento de Luta Antimanicomial

MRF – Movimento de Reforma Psiquiátrica

MS – Ministério da Saúde

MRP- Movimento de Reforma Psiquiátrica

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção/Apoio Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS/ SUS–Normas Operacionais de Assistência a saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NGP – Nova Gestão Pública

ONU – Organização das Nações Unidas

ONG – Organização Não-Governamental

ONSM – Organização Nacional de Saúde Mental

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PBF – Programa Bolsa Família

PHASH – Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNS – Programa Nacional de Saúde

PS – Previdência Social

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PVC – Programa de Volta para Casa

RP – Reforma Psiquiátrica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel para Urgência

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	14
II.CAP. I – ANÁLISE HISTÓRICA DA LOUCURA	18
2.1 História da Loucura	18
III.CAP. 2 – A HISTÓRIA DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL	28
3.1 Os Primeiros Alicerces da Saúde mental e o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	28
3.2 O Serviço Social na Saúde Mental	52
IV. CAP. 3 – A CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS REBATIMENTOS PARA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	60
4.1 O neoliberalismo, Terceiro setor e os governos Lula e Dilma: avanços e retrocessos para Saúde Mental e o Serviço social.	59
V. CAP.4 – AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.....	72
5.1 Formação e trajetória da Saúde Mental em Campina Grande-PB	73
5.2 A atuação do Assistente Social nos Espaços destinados a Saúde Mental	81
5.3 A Política de Saúde Mental no contexto da Gestão Pactuada	82
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
VII. REFERÊNCIAS.....	91
VIII. ANEXOS.....	98

1. INTRODUÇÃO

Estetralho de conclusão de curso é fruto das inquietações que perpassaram minha experiência de estágio nas Unidade Básica de Saúdedas cidades I e II na cidade de Campina Grande-PB e minha participação como monitora da disciplina de Formação-sócio histórica do Brasil.

A análise feita nesse trabalho tem por objetivo contextualizar a trajetória da política de saúde mental como um campo de intervenção do assistente social no contexto nacional e na particularidade do município de Campina Grande-PB, apontando a conjuntura atual de contrarreforma do Estado.

A contrarreforma do Estado é vista dentro de um conjunto de transformações societárias advindas com o processo de reestruturação capitalista após a crise iniciada em 1970. Uma problemática já se instaurava no desenvolver dessa dinâmica: o modelo assumido pelo Estado e o formato das políticas sociais como mecanismos de enfrentamento das contradições de classe, requisitavam um perfil profissional que corresponda às novas demandas de reprodução do capital. Esse perfil exigido está pautado na imediaticidade.

É, pois, nesse contexto que a política de saúde mental sofre rebatimentos da contrarreforma do Estado, na medida em que o Estado transfere suas responsabilidades para o “terceiro setor”. No discurso do governo o terceiro setor é um processo de reestruturação, que divide a realidade social em três esferas autônomas: O mercado, o Estado e a “sociedade civil”, esta última de forma trágica é representada por uma aliança entre esses setores. Entretanto, para Montaño (2002), a realidade social não se divide em “primeiro”, “segundo” e “terceiro” setor- essa divisão consiste num artifício positivista, institucional ou estruturalista, que se funda em um conceito abstrato, sem existência real, que é funcional a ofensiva neoliberal.

Dessa forma, entendemos que a política de saúde mental na atualidade apontando para um desmonte do projeto de Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que o objetivo do Estado é fortalecer um tratamento clínico pautado no psicológico e não na eliminação da internação como uma forma de “exclusão social”.

Diante disso, consideramos que o Serviço Social está inserido na política de saúde mental desde 1940 e na atualidade a conjuntura econômica é contrária ao movimento de Reforma Psiquiátrica e ao projeto ético-político da profissão e que por

isso os impactos da contrarreforma do Estado para os espaçosócio-ocupacional do assistente social, está presente nas péssimas condições de trabalho e na flexibilização da relação de trabalho.

Para além deste fato, a contrarreforma do Estado tem seus rebatimentos para formação profissional do Assistente Social, esse fato tem fortalecido uma formação profissional fragilizada, para Rocha(2012) há na academia e na sociedade um descrédito quanto à capacidade do marxismo responder às transformações societárias contemporâneas e, neste sentido, a crise de paradigmas da sociedade contemporânea é vista sobre o prisma do sujeito e não das relações objetivas, assim, muitos profissionais incorporam acriticamente essas afirmações e lançam-se sobre uma tarefa de explicar a realidade social a partir do sujeito. Este dilema apresenta-se de forma mais latente na política de saúde mental, pois há uma grande agregação de profissionais que trabalham com a subjetividade (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, terapeutas).

É diante desse desmonte dos direitos sociais que se encontra o município de Campina Grande-PB, atualmente com a elaboração da lei de gestão pactuada é visível que o Município tem o intuito de transferir suas responsabilidades para as organizações sociais, a lei dispõe

Foram essas indagações que nos levaram a elaboração dessa pesquisa, para alcançar os objetivos nos utilizamos da pesquisa bibliográfica, documental e da observação, na qual o direcionamento se pauta no método crítico-dialético.

Neste sentido, no Capítulo 1, abordamos como a loucura foi tratada ao longo da história ocidental a qual tem íntima relação com os interesses econômicos e sociais de cada período. Além disso, esmiuçaremos os modelos de tratamento para com o “louco”.

No Capítulo 2, “analisamos como foi o trato da loucura durante a história brasileira, que trilhou caminho similar à história ocidental. Foi no processo de redemocratização do país que grupos formados por trabalhadores, usuários e familiares do sistema psiquiátrico criticariam os preceitos políticos, econômicos e sociais que alimentam a existência do manicômio, dando início ao movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir dessa experiência, deu-se início ao processo de Reforma Psiquiátrica, culminando com a atual Política Nacional de Saúde Mental”. Ademais, observamos como o Serviço Social está inserido na Política de Saúde Mental e quais as possibilidades e dilemas enfrentados pela categoria.

No capítulo 3, estudamos a contrarreforma do Estado, principalmente, no governo do PT que dá continuidade a mesma iniciada nos anos de 1990. Apontaremos

que as suas bases se firmam nas ideias neoliberais e no terceiro setor. Além disso observados os reflexos dessa conjuntura para o serviço social.

No capítulo 4, nos propusemos a percorrer a trajetória da Saúde Mental em Campina Grande, focando a inserção do Serviço Social nos espaços destinados a essa temática, ademais apontamos a tendência da política de saúde mental, em um período marcado pela aprovação do projeto de lei de gestão pactuada.

Por fim, tecemos algumas considerações sobre o fortalecimento do Terceiro setor e as inflexões para política de saúde mental e para o serviço social. Assim sendo, acreditamos que essa pesquisa poderá propiciar aos profissionais de Serviço Social um debate frutífero na área de saúde mental, no que concerne a intervenção dos mesmos, entendendo que se faz necessário “fazer pensar para melhor intervir”.

II.CAP. 1 ANÁLISE HISTÓRICA DA LOUCURA

Para compreender o processo de construção da política de saúde mental é preciso fazer um resgate histórico de como foi e vem se configurando a assistência ao indivíduo com transtornos mentais. Esse capítulo trará uma análise mais detalhada sobre as principais concepções sobre a loucura. Ademais, serão mostrados os principais modelos de tratamento para como os portadores de transtornos mentais, modelos esses que influenciaram e mostraram os limites e possibilidades para um modelo psiquiátrico voltado para os Direitos Humanos.

2.1 História da Loucura

Na antiguidade clássica existiam diversos tratamentos para com o louco. Muitos o chamam de demônios e outros de oradores do senhor- por ouvirem vozes. O Estado¹ nessa conjuntura raramente intervinha, só em assunto que se referia ao direito, como validação ou anulação de casamento e proteção da propriedade do louco.

Na Grécia e Roma, os tratamentos médicos aos “loucos” eram restritos as famílias mais ricas, na qual mantinham seus loucos em casa sob os cuidados de “auxiliares psiquiátricos”. Enquanto isso, os pobres loucos perambulavam pelos campos e cidades. (RESENDE, 2001).

Na Idade Média, a loucura poderia indicar a sabedoria tendo em vista que alguns estudiosos e artistas possuíam comportamentos diferenciados, assim como segundo Szasz (1979): “os homens acreditavam que algumas pessoas eram feiticeiras” e que por isso as atitudes e comportamentos eram devidos à feitiçaria. Isso fez com que às caças as bruxas ganhasse força nesse período. Vale salientar, que às caças as bruxas já existiam bem antes do século XIII, mas só no século XV a sociedade europeia os usou como base para um movimento devidamente organizado.

Para Foucault (1972) até final da Idade Média, a figura simbólica do mal, do excluído, do representante do castigo divino, era caracterizada pelo leproso e o medo de ameaças do outro mundo era visto como expressão da natureza como algo não humano, o sobrenatural.

¹O Estado tem seu papel na produção, na reprodução, na divulgação na inculcação e na assimilação das políticas de saúde mental. Portanto, Estado aqui é entendido como o conjunto das intuições vigentes e dominantes de uma sociedade, incluindo desde a família, a sexualidade, a educação, até os tribunais e as forças armadas, resumidamente, o Estado pode ser definido no seu conceito mais restrito, no sentido do conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. (AMARANTE, 1995).

No renascimento, a loucura significava “desrazão”. O destino para o louco era o confinamento nos hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia, que não tinha o caráter médico ou curativo.

No período marcado pelo iluminismo, Revolução Francesa e a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, o século das luzes, marca a história da loucura, inicia-se a partir dali um movimento de denúncia às péssimas condições ofertadas aos doentes mentais e demais populações marginalizadas. O objetivo central era tratar os enfermos, nesse período, a loucura recebe o “status” de doença. Esse movimento de denúncia se deve ao médico francês Philippe Pinel² considerado o pai da Psiquiatria Moderna, que agia em consonância com os ideais racionalistas e humanitários próprios da Revolução Francesa.(MACEDO, 2006).

O lema “liberdade, igualdade e fraternidade” influenciou Pinel na criação do alienismo³, portanto:

Veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, mas que, também, para não contradizer aqueles mesmos lemas, não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então espaço da cura da razão e da Liberdade, da condição precípua de alienado tornar-se sujeito de direito. (AMARANTE, 1995, p.2)

De acordo com as compreensões de Pinel, sob a luz de Amarante (2006), A alienação mental era caracterizada como distúrbio das paixões, produzindo desarmonia na mente e na percepção da realidade. Era necessário, portanto, discipliná-la através do tratamento moral.

²“ Ele propôs a separação dos loucos dos demais segmentos marginalizados, libertando-os das correntes, e instaurou um tratamento específico para sua condição. “A partir daí difunde-se uma nova concepção da loucura. Ela recebe o nome de doença mental, configurando-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapte à liberdade burguesa. Pinel descartou as lesões cerebrais como causa dos transtornos mentais, dando sua atenção exclusivamente à mente. Ele também elaborou a primeira nosografia (classificação de doenças mentais) e fundou os primeiros hospitais psiquiátricos. Seguindo a matriz positivista, a psiquiatria se basearia nas ciências naturais, observando e descrevendo os transtornos mentais, construindo assim um conhecimento objetivo e pretensamente neutro.” (SILVA FILHO, 2001, p.79-80).

³ É importante de acordo com Amarante (2006) observar que a psiquiatria como atualmente a conhecemos nasceu como o nome de alienismo. Essa foi a denominação dada por Pinel à ciência dedicada ao estudo da alienação mental. Para Robert Castel cruel, e diz que a alienação é como distúrbio da razão, que torna o alienado alguém incapaz de exercer a cidadania, historicamente resgatada como principiodemocracia e da república instalada na França revolucionária de Pinel. (AMARANTE, 2006, p.32).

No Século XV, na era do capitalismo concorrencial, o modo de produção se unifica e a relação comercial e de exploração tornam-se mais complexas. A preocupação a partir de então são com aqueles que ameaçam o sistema, nesse contexto, passam a ter visibilidade os idosos, as viúvas, os doentes crônicos, ladrões e os loucos. A estrutura de exclusão do sobrenatural do leproso na idade medieval é substituído pela figura do louco.

Com o intuito de manter a ordem, o Estado se utiliza de meios para controlar os loucos. Em 1462, na Inglaterra, é criada uma lei que os “vagabundos e ociosos”, deveriam ser castigados e condenados à pena de morte. As casas de correções e trabalho e os hospitais tinham a função de fazer uma limpeza na cidade contra os indesejáveis, o objetivo era disciplina-los através do trabalho e de instruções religiosas e morais. (RESENDE, 2001).

De acordo com Macedo (2006)

[...]em vez de conferir ao internado dos insanos o cuidado com o seu estado patológico, o que se privilegiava era um imperativo de racionalização típico do sistema capitalista, o qual não se dispunha a manter em seu interior indivíduos concebidos como inaptos, inúteis ou perigosos. Realizou-se, assim, uma verdadeira “limpeza” nas cidades, com o intuito de preservá-los dos que as acumulavam, segundo o critério da incapacidade de trabalho e produção para ordem econômica vigente. (MACEDO, 2006, p.4)

Na obra intitulada “A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo”, de Robert Castel, o autor escreve de forma descritiva mostrando que a loucura é algo genético e que o melhor tratamento para com o louco é afastá-lo da sociedade, seus escritos influenciaram o modo de se ver o louco, e suas influências segundo Amarante(2006) desencadeia um tratamento para com o “louco” baseado no isolamento, Amarante(2006) aponta que até o período de efervescência da Revolução francesa existia três princípios para se tratar a loucura, o primeiro é terapêutico o do isolamento – na qual o objetivo é afastar o sujeito de seu meio social, causa de sua alienação mental, também pelo isolamento seria possível produzir conhecimento, tendo em vista que poderiam participar de experimentos, ideia defendida nas obras de Robert Castel. O segundo princípio- é o tratamento moral, um conjunto de medidas que submetem o alienado⁴ ao jugo da norma. O último princípio- é a colocação de regras e condutas,

⁴ Os alienados, eram percebidos pelo senso comum como a parcela violenta e perigosa desse contingente, são geralmente mantidos acorrentados para que não se corra risco com sua denodada periculosidade (AMARANTE, 1995, p. 38).

essencial para o controle das paixões sob a luz do trabalho que assumia papel de destaque como função terapêutica.

Desse modo, em nome do bem-estar da sociedade, a psiquiatria tornava-se a ciência detentora do saber e poder sobre a loucura. A partir daí difunde-se uma nova concepção da loucura. Ela recebe o nome de doença mental, configurando-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapte à liberdade burguesa.(SILVA FILHO, 2001).

Sendo assim, mesmo com o ato de Pinel em conceber ao alienado uma parcela de razão e às boas consciências a esperança num tratamento moral, arrancando o alienado das mãos da polícia, eles deixaram de serem acorrentados, mas são institucionalizados pela ordem médica. Não demorou muito para que se registrassem superlotação dos hospitais e situação de violência e degradação, tal como no período anterior.

Dessa forma, a psiquiatria nasce do espaço asilar (hospitalocentrico), portanto, desperta de imediato a problemática da produção da verdade e anuncia a moldura de uma inquietação em que crepita sem cessar a possibilidade de reformas, instaurado como um eixo de cada movimento reformista as relações de poder. (BARRETO,2006).

Assim sendo,a sociedade capitalista de acordo com Bisneto(2007, p.175-176)

Ora, é atravessada por interesses econômicos que estruturam relações de poder, que criam ideologias para justificá-las, e vice-versa [...]. O interesse em estabelecer que o menos frequente é anormal e que o anormal é patológico provém da necessidade das elites econômicas e políticas de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, eximindo-se de qualquer parcela de responsabilidade, estigmatizando grupos sociais mais fraco que são usados como “bodes expiatórios” para os problemas sociais [...]. Dessa forma, a loucura [...] precisa ser neutralizada por um saber competente que a segregue do contato maior com o resto da sociedade.

Para manter a ordem e criar valores éticos e morais típicos de um modo de produção capitalista, a perturbação mental é classificada como ordem moral e o médico alienista prescreve um tratamento também moral.

O atendimento psiquiátrico concentrado nos manicômios era baseado no isolamento. O paciente perdia o contato com a família e com o contexto social onde vivia, minimizando qualquer possibilidade de recuperação e estabilização, além de muitas vezes o atendimento hospitalar contrariar regras básicas de humanização.

Sendo assim, diversas denúncias apontavam para um modelo hospitalar desumano e degradante. O asilo psiquiátrico era apontado como responsável pelo agravamento das doenças, cuja situação de precariedade era comparada aos campos de concentração da Europa. Ademais, a preocupação dos governos naquele período pós-guerra, não era apenas com os descasos ofertados pelos asilos, mas também com a necessidade de se recuperar um grande número de homens jovens que desenvolveram danos psicológicos nas guerras, a qual levou a falta de mão-de-obra para o trabalho.

A discussão é sobre a funcionalidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria. No período pós-Segunda Guerra Mundial, surgem experiências socioterápicas no tratamento de transtornos mentais. As experiências surgidas foram, a comunidade terapêutica inglesa, e a Psiquiatria preventiva comunitária norte-americana. Estas acabaram por levar a Psiquiatria à construção de um novo objeto - a saúde mental, e não mais a doença mental, ou seja, a loucura passa a ser denominada “saúde mental”.

Diante disso, observa-se que a reforma institucional no Hospital Monthfield, em 1946, liderada por T. H. Main, Bion e Reichman deu início a uma série de medidas que visavam desconstruir a hierarquização e segregação, identificadas como origem da degradação dessas instituições. Maxwell Jones difundiu essa prática nos anos 1950, denominando-a *Comunidade Terapêutica*.

Os internos passaram a serem organizados em grupos de discussão, operativos e de atividades, reuniões gerais e assembleias os quais tinham como função tornar os usuários, familiares e comunidade também formuladores do processo terapêutico. Usuários e funcionários passaram a ter igual importância no funcionamento da instituição, horizontalizando e democratizando as relações entre os agentes institucionais. De acordo com Franco Rotelli (*apud* Barreto, 2006) mesmo que esse modelo tenha acarretado melhoria do funcionamento das instituições, todavia, não coloca em questão as causas sociais que excluem o louco e dão fundamento para a existência do hospital psiquiátrico, resumindo seu impacto ao espaço asilar.

Sendo assim, a experiência inglesa na medida em que melhora o funcionamento das instituições, não contesta as questões que se referem às causas sociais que transformam o louco no excluído. Naquele momento de contestação do modelo asilar buscou-se medidas paliativa, momentânea e imediata.

Destarte, a *Antipsiquiatria*, também oriunda da Inglaterra dos anos 1960:

[...]questionava não somente o espaço institucional, mas a própria psiquiatria, a ordem social e a instituição da loucura como doença. A “desordem mental” seria uma reação do desequilíbrio nas relações familiares e da alienação geral entre os homens, sendo segregada por contestar a ordem pública. O hospital é o espaço de reprodução das mesmas estruturas de opressão social, cuja manifestação se faz sentir sobretudo na família. O erro da psiquiatria teria sido o de ter transportado o modelo das ciências naturais para as ciências humanas, sendo que ambas são de natureza distinta.[...] O modelo inglês não previa o uso de tratamento químico ou uma terapia (já que a loucura não é considerada doença), mas valorizava a análise do discurso. (MEDEIROS, 2010, p.13-14)

Nos Estados Unidos, o governador Kennedy, em 1960, começa a responder aos conflitos sociais proveniente dos descasos dos tratamentos dados aos loucos. A lotação, a falta de profissionais capacitados e os maus-tratos para com o portador de transtorno mental foram fatores determinantes para implantar programas de ação social, que deu origem a uma estratégia chamada de Psiquiatria Comunitária⁵, Kennedy tinha o objetivo central de acalmar a população e diminuir os gastos com internação psiquiátrica.

A Psiquiatria Comunitária se pautava na influência dos fatores sociais sobre a saúde mental, além dos fatores biológicos e psicológicos, que formam os determinantes para o doente mental.

Os primeiros alicerces para a desinstitucionalização surge nesse contexto, mas seus princípios se reduzem apenas a desospitalização. Parafraseando Amarante(1998) em suas diversas produções, a desinstitucionalização nesse período está voltada para a redução dos custos da assistência, isso significa que os objetivos são de natureza administrativa e não de transformação da assistência. Vale ressaltar, que esse modelo de psiquiatria se baseia nos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária⁶.

⁵ A Psiquiatria Comunitária trata-se de uma área que lida com a detecção, prevenção e tratamento de perturbações mentais e sua relação com determinados meios psicossociais, culturais e/ou áreas geográficas específicas. Enquanto pode haver similaridades em muitos sintomas e doenças em psiquiatria, existem também muitas diferenças, relacionadas com contextos históricos e sociais de populações. Assim, no que diz respeito a tratamento, o que parece ser eficaz em um país ou cultura pode não o ser em outro (COSTA, 1987).

⁶ A Psiquiatria preventiva comunitária surge nos Estados Unidos, nos anos 70, originada do cruzamento da psiquiatria de setor e da comunidade terapêutica. Foi rapidamente adotada como política oficial de saúde mental naquele país e levou a um deslocamento da doença para a saúde mental no sentido de se combater tudo o que, na sociedade, pudesse interferir no bem-estar dos cidadãos. O preventivismo estava baseado nos estudos de Gerald Caplan e seu livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (editado no Brasil, em 1980), onde havia a ideia de que os problemas de saúde e os problemas sociais seriam diminuídos ou até mesmo superados por intermédio da participação, da auto-ajuda e de oportunidades sociais.(RIBEIRO,1996)

Diante disso, buscando reduzir os custos e aumentar a efetividade das ações. Nessa conjuntura, em 1963 nos Estados Unidos, foi lançado o Programa Nacional de Saúde Mental o qual tinha como base a ação comunitária e princípios preventivistas.

Além da instalação de uma rede de serviços extra-hospitalares o programa colocava como principal meta a prevenção das doenças mentais por meio de três níveis de atenção: a prevenção primária, que visava intervir nas condições propiciadoras de formação das enfermidades, seja de origem individual ou do ambiente; a prevenção secundária, que buscava a realização de diagnóstico e tratamento precoce, e a prevenção terciária, que objetivava a readaptação social do paciente após a internação.

Para tanto, a ação deveria ocorrer não somente nos serviços de Saúde Mental, mas ir à comunidade em busca de possíveis “suspeitos”. “Se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (AMARANTE, 1998, p.37). A inspiração para Psiquiatria Preventiva, são as teorias sociológicas que visam a melhoria da eficiência organizativa.

De acordo com Amarante(1996, p.17-57) no preventivismo existe uma inversão do modelo psiquiátrico, voltado para cura e a reabilitação, ou seja, para predominância das atividades assistenciais, enquanto as prioridades deveriam ser as de prevenção e promoção da saúde. Em contrapartida o modelo de Psiquiatria Preventiva adotado representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normais e princípios sociais.

Diante das limitações da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, instalou-se nos anos 1960, na França, a *Psiquiatria de Setor*. Esta previa a continuação do tratamento após a alta hospitalar por meio de Centros de Saúde Mental inseridos na própria comunidade, evitando-se assim as reinternações ou internação de casos novos.(AMARANTE,1998).

O hospital era dividido em setores, cada um equivalendo a uma região. Após a alta, o usuário era encaminhado para o centro de Saúde Mental correspondente àquela região/setor onde seria atendido por uma equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, Assistentes Sociais etc). A ideia era que o paciente fosse tratado em seu próprio meio social e cultural. (AMARANTE, 1998).

No entanto, a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e “pós-cura”. (AMARANTE, 1998, p.35)

Assim sendo, pode-se afirmar que a psicoterapia institucional francesa constituiu-se como um movimento de contestação ao modelo asilar tradicional, ao representar uma quebra da hierarquia piramidal tradicional (onde o poder é exercido por poucos e obedecido por muitos) e empenhar esforços dirigidos a humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos. O exemplo mais bem acabado deste modelo está na Clínica La Borde, na França (KNOOP UPUD JORGE, 2011).

Paralelamente, nos anos 1960, na Itália, foi desenvolvida a corrente conhecida como psiquiatria democrática italiana, liderada por Franco Basaglia⁷, o mesmo utilizou-se dos moldes da metodologia da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional no Hospital Gorizia. Depois de diversos fracassos, ele percebeu que alterar as instituições não era o bastante para ultrapassar o gargalo da exclusão presente nos manicômios. Dessa forma, “Amadurece um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e sobre a inviabilidade de sua mera reorganização, seja ela técnica, administrativa, humanizadora ou simplesmente política”(AMARANTE,BEZERRA, 1998, p.3)

O movimento italiano questiona não somente a estrutura física e administrativa do hospício, mas o aparato ideológico, científico, social, político, cultural, econômico e jurídico que fundamenta a sua existência. Inicia-se, desse modo, uma reforma que visa a “negação da instituição”, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social.(AMARANTE,BEZERRA, 1998).

⁷ Em 1961, ingressa na Direção do Hospital de Gorizia, Franco Basaglia inicia as mudanças, melhorando as condições de hospedaria e cuidados técnicos para com os internos. Por sua marcante formação humanística e filosófica, mais precisamente no campo da fenomenologia e do existencialismo, procurando abordar a doença mental no contexto da relação do indivíduo com seu corpo, sua maneira de vivê-lo, objetivá-lo e de ser fundamentalmente sujeito da experiência corporal. (AMARANTE, 1996,p.121)

Sendo assim, Basaglia junto com seu corpo técnico, passam a atuar no Hospital de Trieste em 1971, com o objetivo de desmontá-lo. O objetivo inicial de Basaglia passa a ser o fechamento dos hospitais. Com os fechamentos das enfermarias psiquiátricas, foi criada uma rede de serviços substitutivos aos manicômios, como Centros Regionais de Saúde Mental-residência protegida e cooperativas de trabalho-, cujo intuito era desconstruir a forma como a sociedade via as pessoas em sofrimento psíquico, destruindo os preconceitos e os estereótipos.

Para Basaglia era preciso que o serviço tivessem uma função terapêutica, porém não integradora, mas libertadora, conscientizando o doente de sua função de excluído. Essa tomada de consciência permitirá combater os fatores de opressão e violência que estão na base dos transtornos mentais. Esse pensamento difundiram-se rapidamente e as experiências de desinstitucionalização serviram de base para as propostas de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo.

A desinstitucionalização italiana vai além dos muros da realidade, o aspecto fundamental desse movimento tem como base uma rede que busque ultrapassar a desospitalização. Portanto, busca-se uma mobilização dos agentes envolvidos no funcionamento institucional, abrangendo não só os funcionários, mas pacientes, familiares, comunidade local e opinião pública; transformação das relações de poder, oferecendo a possibilidade de liberdade de expressão, de cuidado com o próprio corpo; utilização dos recursos físicos e humanos da instituição para desmontá-la; e instalação de serviços substitutos (HEIDRICH, 2007).

A Reforma Psiquiátrica nesse contexto para Amarante (1998) se amarra nas dimensões: **técnico-conceitual**- que se refere às mudanças na produção teórica e conceitual de entendimento da loucura, aqui vale mencionar as diversas teorias usadas para analisar aqueles que apresentavam comportamento “anormal”, uma ênfase para o ecletismo teórico⁸ e os rebatimentos para uma formação profissional fragmentada. **Técnico-assistencial**- no sentido de construir uma rede de serviços, levando ao fim dos manicômios. **Jurídico-política**- diz respeito aos dispositivos legislativos que devolvam às pessoas em sofrimento psíquico o status de cidadão pleno. E por fim, **sociocultural**-

⁸ Ecletismo teórico aqui é entendido como um conjunto de ideias e ou teorias sem um direcionamento. É uma mistura de bolo sem a receita, a conclusão são produções teóricas sem uma luz, isso tem seus rebatimentos na formação dos profissionais.

desconstrução do preconceito e dos estereótipos criado pela sociedade e intensificado pelo sistema vigente, busca-se compreender e incluir os diferentes.

Todas as diversas formas de observar o mundo da loucura, resultou em modelos de psiquiatria variados, desde o desumano até a construção de um modelo pautado nos diretos do usuários de Saúde Mental. É diante disso, que observamos que mesmo se tratando de diferentes propostas para tratar os portadores de transtornos mentais alguns projetos possuem pontos em comum. Vejamos o quadro a seguir.

Quadro 1- Pontos em Comum entre os Principais Processos de Reforma Psiquiátrica

Processos de Reforma Psiquiátrica	Pontos em Comum
<p>Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas</p>	<p>1. Combateram a hierarquia autoritária das relações entre funcionários e pacientes, sublinharam a importância das relações igualitárias e de respeito mútuo no tratamento dos portadores de sofrimento mental. Contudo, esbarravam num limite: como democratizar o funcionamento interno de uma instituição, sem questionar também os autoritarismos e as injustiças da sociedade de que deriva?</p> <p>2. Ofereceram inegavelmente um tratamento digno e humano aos pacientes, mas restrito ao período de internação; depois da alta, não tinham apoio ou suporte para o retorno ao convívio social.</p>
<p>A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva</p>	<p>1. Promoveram um avanço quanto à valorização dos aspectos psicossociais do sofrimento mental; porém, adotou-se muitas vezes uma postura medicalizante e intervencionista com relação a estes aspectos.</p> <p>2. Essas propostas foram formuladas e conduzidas por técnicos, sem a participação dos portadores de sofrimento mental e de seus familiares na formulação das políticas de Saúde Mental.</p>
<p>A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática</p>	<p>1. Afirmaram pela primeira vez ser possível e necessária a extinção do hospital psiquiátrico, dado o fracasso de todos os esforços anteriores para transformá-lo num espaço terapêutico.</p> <p>2. Denunciaram a pretensa neutralidade da ciência, demonstrando que os saberes científicos dependem das relações de poder e tomam partido diante delas.</p> <p>3. Defendem que as mudanças não se restringiram aos técnicos de Saúde Mental, mas envolveram diferentes atores, gerando debates e mobilizações que envolviam outros segmentos sociais.</p>

Fonte: Brasil, 2005.

III. CAP. 2 O HISTÓRIA DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

“Não dá pé não tem pé, nem cabeça
 Não tem ninguém que mereça
 Não tem coração que esqueça
 Não tem jeito mesmo
 Não tem dó no peito
 Não tem nem talvez ter feito
 O que você me fez desapareça
 Cresça e desapareça

Não tem dó no peito
 Não tem jeito
 Não tem ninguém que mereça
 Não tem coração que esqueça
 Não tem pé, não tem cabeça
 Não dá pé, não é direito
 Não foi nada
 Eu não fiz nada disso
 E você fez
 Um Bicho de Sete Cabeças...

Bicho de Sete Cabeças!
 Bicho de Sete Cabeças!

Bicho de Sete Cabeças!”

(Música Bicho de Sete cabeças, composição de Zé Ramalho e Geraldo Azevedo.)

Para um melhor detalhamento sobre o MRP (Movimento de Reforma Psiquiátrica), esse capítulo se propõe a analisar de forma crítica a trajetória da RP (Reforma Psiquiátrica) no Brasil, apontando assim como a letra da música Bicho de Sete Cabeças de Zé Ramalho e Geraldo Azevedo, escrita em 1970, o quão desumano e despreparado eram os hospitais psiquiátricos (os manicômios) brasileiro. Eram/são um verdadeiro Bicho de sete cabeças. Portanto, nos deteremos a analisar desde os alicerces da história da loucura brasileira até a conquista da constituição federal, em seguida, contextualizaremos a importância do papel do serviço social nesse processo de ruptura com as bases conservadoras dos hospitais psiquiátricos.

Mesmo com a criação do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, oriunda de uma recém-criada Sociedade de Medicina que se baseava nos métodos europeus, o hospício estava vinculado a Santa Casa de Misericórdia e mantinha condutas desumanas aos portadores de transtornos mentais.

Ademais, o asilo tentava dar conta das desordens, as políticas sanitaristas procurava organizar o espaço da cidade, as epidemias se alastravam e o espaço do crime e da loucura crescia, a atitude do Estado a esses grandes males gira em torno das campanhas sanitárias, liderada por Oswaldo Cruz. (AMARANTE, 1994).

É a partir dessa conjuntura predominante durante anos, que em 1960, o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil apresenta sinais de esgotamento com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental(MTSM), que começa a denunciar as péssimas condições às quais eram submetidos os pacientes dos hospitais.

No início de 1960 o MSTM buscava uma transformação genérica de assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados, seja na denúncias ao modelo oficial- de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico-, com também na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização. Todavia, nos anos subsequentes o projeto do MSTM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico e pela luta a favor da promoção da saúde mental(AMARANTE, 1996).

Desse modo, nos anos de 1980 desenvolve-se um movimento de Reforma Psiquiátrica(RP), cujo cunho político, social, cultural e filosófico se pauta em uma reforma no modelo psiquiátrico brasileiro.

A tendência do Movimento de Reforma Psiquiátrica(MRP) deve-se ‘em parte’ ser atribuída as influências de Franco Basaglia e seu conceito de desinstitucionalização e a aproximação com as obras Marxistas proibidas até então. Todos esses avanços no que se refere aos movimentos sociais, em especial, ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, cunhou no lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Depois de 12 anos de tributação a grande conquista do MRP é a aprovação da Lei 10.216, promulgada no Brasil apenas em 06 de abril de 2001, - “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

3.1 Os Primeiros Alicerces da Saúde mental e o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil

No período colonial a economia se pautava na agricultura e as relações sociais se assemelhavam ao período Medieval. As prisões eram destinadas aos que apresentassem comportamento violento e a loucura era tratada com tolerância à liberdade. É, pois, que Amarante(1994) afirmar que a forma de lidar com os loucos foram semelhantes ao da Europa. Ele argumenta que a necessidade de uma sistematização da atenção ao “louco”

no Brasil teve início com a vinda da Família Real, pois até então os loucos não estavam sob controle do Estado.

A circulação dos indesejados pela sociedade exigia providências das autoridades, como resposta inicia-se uma “limpeza das ruas” pautada na exclusão dos loucos e dos vagabundos. É nesse período que o “doente mental”, torna-se um grande problema, a solução encontrada foi as Santas Casas de Misericórdia, que funcionava como prisão, na qual os usuários eram submetidos a situações desumanas.

A psiquiatria, contudo, ainda tinha pouca influência sobre o tratamento dos pacientes. Alguns psiquiatras nesse período se limitavam apenas a administração das Santas Casas de Misericórdia. Dessa maneira, até o processo de seleção da “clientela” e a classificação e disposição entre os setores eram realizadas por pessoas leigas. Não demorou muito para se registrar as primeiras denúncias de maus-tratos, superlotação, falta de assistência médica e péssimas condições de habitação (AMARANTE, 1994).

Sendo assim, pode-se afirmar que o “louco” nesse lastro histórico é visto como ameaça à ordem e à paz social. As reclamações contra o livre trânsito de “doidos”, vinham acompanhadas por diversas denúncias de maus-tratos para com os que sofriam “transtornos mentais”. Diante de tantas reclamações, D. Pedro II começa um processo de medicalização do espaço hospitalar seguindo os moldes europeus, que culminou em 1852, na inauguração do primeiro hospício, no Rio de Janeiro.

O hospício D. Pedro II foi um local exclusivo para o atendimento dos insanos, entretanto, os médicos eram em número reduzido. Após a proclamação da República, o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, ficando subordinada à administração pública. Seguidamente, a Assistência Médico Legal Alienados⁹, é criada como a primeira instituição pública de saúde mental. (DALMOLIN, 2000). “A ideia era levar os alienados para os hospitais-colônias, onde pudesse trabalhar, principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria” (AMARANTE, 2006). Esse momento de acordo com Amarante (2006) é marcado como a primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁹ O conceito de alienado como distúrbio da razão, que torna o alienado como alguém incapaz de exercer a cidadania, é um resgate da república instalada na França revolucionária de Pínel (AMARANTE, 2006)

A proliferação de macrocolônias de alienados por todo país teve em seu comando Juliano Moreira e Aduato Botelho, diretores nacionais de assistência psiquiátrica entre 1910 a 1940. Com Juliano Moreira que sucedeu Teixeira Brandão¹⁰ foi promulgada a Lei n. 1.132¹¹, que objetivava reorganizar a assistência aos alienados.

No entanto, a proposta de enaltecimento do trabalho camponês se defrontaria com as mudanças no modo de produção do início do século XX, quando o país deu os primeiros passos na industrialização. Além disso, mesmo que as lavouras cafeeiras necessitassem de mão-de-obra, essa dificilmente seria oriunda do hospício. Restou às colônias, portanto, o mesmo papel dos manicômios: excluir a loucura (RESENDE, 2001). E segundo Amarante(2006) a colônia do Juqueri, em São Paulo, foi a maior de todas, chegando a abrigar 16 mil internos.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental(LBHM), cujo objetivo inicial era melhorar a assistência aos doentes mentais pela renovação dos quadros profissionais e das instituições. O projeto higienista visava não somente tratar o louco, por meio da segregação, mas previa medidas de melhoria das raças a fim de se combater a degradação moral. Pretendia-se que a psiquiatria regenerasse a sociedade através do ajuste dos comportamentos “anormais”. O movimento se baseava na obra de Morel afirmava que as doenças mentais poderiam ser transmitidas hereditariamente.(COSTA,2007)

Em 1934, a Constituição colocava sob a responsabilidade do Estado o estímulo à educação eugênica¹²como forma de proteger a juventude contra o abandono físico,

¹⁰ Teixeira Brandão primeiro diretor da Assistência Médico-Legal e dos hospícios Nacionais dos Alienados. (AMARANTE, 1994)

¹¹ O decreto 1.132 é o reflexo do empenho das nascentes classes médias, a psiquiátrica, em reservar a si mesma um espaço de atuação. Segunda esta lei, o único lugar autorizado a receber o loucos eram os hospícios, por reunir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer médico, detentor da verdade no que se refere a alienação mental, o decreto em questão também é responsável por positivar a ideia de que o louco não possui a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, que também é o responsável pela guarda provisória dos bens do doente. Do mesmo modo, não caberia a este paciente interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado. Mais uma vez, a política adotada em relação aos doentes mentais foi um resultado da atenção à ideologia economicista(MACEDO,2006, p.3)

¹²“Educação e Eugenia” compara aeducação com os problemas da medicina terapêutica, afirmando que se deve pensar no doente, antes da doença, no educando antes da educação. Ao afirmar que “quem é bom já nasce feito”, defende que a educação possui limitações frente aos indivíduos, e por assim ser, deveriam ser educados conforme os atributos de cada indivíduo. A educação neste sentido teria o objetivo de fazer transparecer as boas características, aflorar as qualidades inatas, as habilidades e aptidões não descobertas ou pouco exploradas. Ou seja, os indivíduos já nasciam com determinado comportamento, a educação era usada para aflorar essas determinações. De caráter positivista, a eugenia surgiu como um movimento social nos fins do século XIX e princípios do século XX. Na prática, este tipo de teorias poderia levar a

moral e intelectual, e a implantação de medidas de higiene social e mental (VASCONCELOS, 2000). O decreto 24.559 de 1934 dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, o termo alienado foi retirado do ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao psicopata, considerada uma denominação mais ampla, a incapacidade do doente mental foi reafirmada, sendo facilitado o recurso à internação, válida por qualquer motivo que torne incômoda a manutenção do psicopata em sua residência (MACEDO, 2006)

Sobre os psiquiatras da liga:

Acreditavam no mito da ciência psiquiátrica universal. Eles se concebiam habitantes do hermético reino das ciências, portanto impermeáveis às influências culturais. Por isso mesmo, esqueceram que eram indivíduos pertencentes à determinada classe social, com opiniões e valores próprios a determinado período histórico, este preconceito levou-os a elaborar programas de higiene mental baseados na noção de prevenção eugênica nascida da Psiquiatria nazista. [...] os psiquiatras passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o desaparecimento da miscigenação racial entre os brasileiros, a exigir a proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário-paternidade eugênico etc. (COSTA, 2007, p.19).

Sob a influência da corrente alemã da época, na qual o biologicismo não só explicava a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos éticos, políticos e ideológicos, a LBHM visava à prevenção, enquanto isso a psiquiatria passou a intervir no espaço social, com características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e raciais. Como as demais experiências, a higiene mental fracassou (COSTA, 2007).

Diante disso, podemos analisar que a psiquiatria nesse momento torna-se instrumento para discriminação econômica, social, racial ou sexual, gerada pela estrutura das sociedades capitalista. Os valores ético-morais recebem influência das ideologias capitalista, resultando no fortalecimento do preconceito, discriminação e da exclusão.

De forma alienante, os indivíduos agem de forma preconceituosa perante aqueles que possuem comportamentos “anormais”. Sendo assim, é visível o quão agressivo é a

que os governos criassem leis de eugenia negativa que impedissem certas pessoas "não adaptadas", como deficientes, doentes mentais e certos doentes hereditários, de não terem filhos, ou de eugenia positiva, encorajando as pessoas com melhores qualidades a terem filhos. (SHNEIDER e MEGLHIORATI, 2012)

“cultura” capitalista perante aqueles que não estão inseridos diretamente no mercado de trabalho.

Assim sendo, pode-se destacar que até a metade do século XX, a saúde mental se resumia aos asilos e aos hospitais-colônias. Todavia, a superlotação, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, ou seja, situações idênticas às denunciadas por Teixeira Brandão quase cem anos antes (RESENDE, 1987).

Ao fim dos anos 1950, as superlotações eram constantes. Mesmo com adoção do uso de medicamentos psicotrópicos e o incentivo governamental para sua produção, houve um aumento considerável no número de internações. “Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, à população do hospital psiquiátrico aumentou 213%” (DIAS, 2007, p.36-37).

Tabela 1- Superlotações dos Hospitais nos anos 50

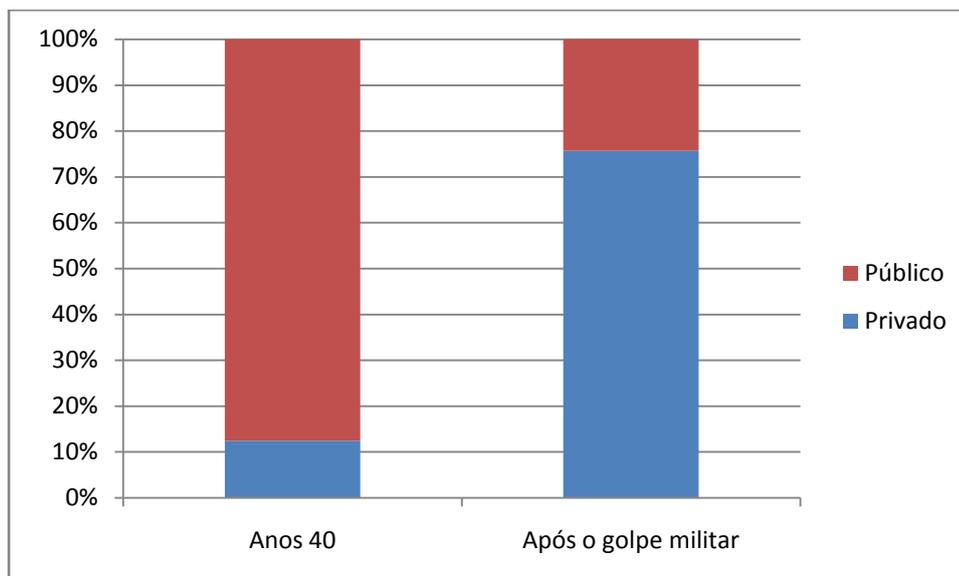
Hospitais	Pacientes abrigados
Hospital Juqueri	14 a 15 mil pacientes
Hospital Barbacena	3 mil pacientes
Hospital São Pedro	3 mil pacientes
Hospital Porto Alegre	3 mil pacientes

Fonte: DIAS, 2007

Na década de 1960, após o golpe militar acontece a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (incorporado pelo Estado nos anos 30), os trabalhadores com cobertura previdenciária somente tiveram acesso ao atendimento psiquiátrico e internações em sanatórios particulares a partir da década de 1950. Mesmo assim, o número de leitos era reduzido.

A má fama dos grandes hospitais públicos com superlotações possibilitou a entrada da iniciativa privada nessa área. O Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, que foi se expandindo rapidamente para atender à crescente demanda.(não precisa de Foucault não precisa positivista) cap 3.

Gráfico 1- Cenário em porcentagem dos hospitais psiquiátricos nos anos 40 e após o golpe militar



Fonte: AMARANTE (2006)

Os hospitais públicos abriam espaço para o setor privado, o Estado passa a alegar que por razões de ordem econômica, a melhor maneira a ser adotada seria a contração de leitos privados. Nesse cenário, “as clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obteve lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”. (BRASIL, 2006, p.30).

Com isso, entre os anos de 1965 a 1970, aconteceu um aumento considerável no número de internações na rede particular, o número de pessoas internadas aumentou de 35mil para 90mil. O controle sobre o tempo de internação também era incipiente (RESENDE, 2001). A loucura tornou-se uma grande fonte de lucro para os donos dos hospitais conveniados.

Para Amarante(1994, p.33):

“A doença mental tornou-se, nesse momento, um objeto de lucro, uma mercadoria; a situação dos hospitais privados e da assistência aos doentes mentais era a mesma das unidades públicas. Somando-se, ainda, um agravamento no que diz respeito à falta de liberdade e direitos; os tempos de internação eram frouxos e as visitas proibidas. A Previdência Social chegou a destinar, no período, 97% de todos os recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar e os restantes à rede extra-hospitalar, composta exclusivamente por ambulatórios.”

Nesse lastro, o Serviço Nacional de Doenças Mentais(SNDM), órgão do Ministério da Saúde, transformou-se em Divisão Nacional de Saúde Mental(DNSAM), seu objetivo era redefinir a assistência psiquiátrica, tanto para os previdenciários como para o restante. Todavia, que a Previdência Social(PS) estava ligada ao setor privado.

No final de 1970, o MS lançou o Plano Integrado de Saúde Mental (Diretrizes apresentadas na VI Conferência Nacional de Saúde), o objetivo era à qualificação de médicos generalistas e auxiliares da saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em nível primário. Mas, não aconteceu nenhum impacto na atenção aos problemas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), profissionais e estudantes universitários de quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro (que abarcava hospitais psiquiátricos e o manicômio judiciário) deflagraram uma greve, denunciando as péssimas condições de trabalho e situações de violência, ameaças tanto a eles quanto aos internos. Em resposta, 263 estagiários e profissionais foram demitidos. Eles passaram então a se reunir periodicamente, formando o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), dez anos mais tarde transformou-se no movimento de “luta antimanicomial”. (AMARANTE, 2006).

Sobre o MTSM:

Este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). (BRASIL, 2005, p.7).

Os movimentos de diversos estados se reuniram no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, articulando-se na luta pela melhoria das condições de trabalho e por transformações na assistência psiquiátrica. Também se destacou em 1978 a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que teve entre seus convidados os mentores da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria e de outras correntes de crítica à psiquiatria tradicional.

Vale destacar nesse período, a vinda de Basaglia ao Brasil- defensor da extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. Para Amarante (2006), a vinda dele é tida como um marco para o

MRP, suas visitas realizadas aos hospitais psiquiátricos foram de destaque para mostrar que o Brasil não mudou com relação aos tratamentos dados aos doentes mentais. As condições de maus-tratos permaneciam, mesmo com o incremento do setor privado.

Diante de um momento de reflexão, resumidamente, o setor privado durante a autocracia burguesa estava focado apenas na medicalização, o tratamento e a promoção do portador de transtornos mentais só se tornaram bandeira de luta durante a ascensão dos movimentos sociais, conseqüentemente, do MRP¹³.

Na década de 1980, considerada como perdida economicamente, devido às dificuldades de financiamento do setor público ocasionada por uma crise estrutural oriunda da queda da taxa de valores, os movimentos sociais ascenderam e ganharam destaque nas lutas a favor da classe trabalhadora.

Como o Brasil é um país que depende financeiramente e ideologicamente dos países desenvolvidos os impactos da crise chega ao cenário nacional nos anos 1980. É, pois, possível afirmar que num contexto de crise a classe trabalhadora é a maior prejudicada. O Estado brasileiro passou a adotar medidas racionalizadoras para os gastos públicos. Adota-se um modelo de Cogestão¹⁴. Esse foi um momento propício para articulação do Movimento pela Reforma Sanitária(MRS), que tinha como principal bandeira o fim da privatização da Saúde, das precárias condições de trabalho e do modelo hospitalocêntrico.

Nos anos 1980, alguns postos de chefia em programas estaduais e municipais dos hospitais públicos seriam comandados por participantes do MTSM. Estes locais foram alvos de mudanças de “uma prática psiquiátrica conservadora voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social” (AMARANTE, 1998, p.69).

¹³A Reforma Psiquiátrica é 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 transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.6)

¹⁴Co-Gestão é uma nova modalidade de convênio entre os dois Ministérios, o da Saúde(MS), o da Previdência e Assistência Social(MPAS), que previa a colaboração da Previdência Social no custeio, planejamento, e avaliação das unidades hospitalares do Ministérios da Saúde.(DALMOLIN, 2000, p. 53)

No quadro a seguir mostraremos os marcos históricos nesse contexto de luta entre os movimentos sociais e o Estado em parceria com a burguesia, durante a década de 1980.

Quadro 02: Marcos Históricos da Política de Saúde na Década de 1980

Década de 1980	Marcos Históricos
1981	Criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde(CONASP), que tinha como principal objetivo estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, o objetivo era reduzir gastos, propunha uma integração e hierarquização dos serviços de saúde, a redução do número de internação e reintegrações e a redução do tempo médio de pertencimento hospitalar.
1983	Surgimento do Programa de Ações Integradas de Saúde(AIS), colocado como uma estratégia de transição para um Sistema Unificado de Saúde. 1º momento das AIS: programa de atenção médica que se contrapõem aos modelos executados anteriormente pelas secretárias estaduais e municipais. 2º momento: enquadramento MS- profissionais oriundos do MS, passaram a fazer parte das instituições de saúde, o movimento levou a discussão do projeto de RS para o nível institucional. Entretanto, as AIS não conseguiram superar o caráter de política social.
1986	Realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Que durante sua realização debateu temáticas específicas de saúde mental
1987	<p>No decreto as AIS é substituída pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde(SUDS).</p> <p>Sob pressão do MTSM, o Ministério da Saúde convocou a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental. Seus temas programáticos: a cidadania dos doentes mentais, a necessidade de revisão da legislação e a organização da assistência à saúde mental.</p> <p>Ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, o movimento de RP passou a incorporar outras entidades, como os usuários e a família, constituindo um Movimento Social na luta “por uma sociedade sem manicômios”.</p> <p>O conceito de desinstitucionalização proposto por Rotelli¹⁵ passou a ser conceito básico determinante para o MRP.</p>

¹⁵Rotelli (In DELGADO et. al., 1991: 84) convida a pensar as relações entre técnica e política, explicitando a matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios e que funda a Psiquiatria, delegando a essas instituições o controle dos grupos sociais e dos indivíduos que não correspondem às regras e aos cânones da ideologia dominante. A idéia é superar a lógica manicomial, pensando novas formas de lidar com uma existência em sofrimento, com todas as suas determinações materiais e relações sociais e culturais, o que implica na desmontagem de todas as instituições postas a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma. Desinstitucionalizar, nesse sentido mais amplo, é desconstruir comportamentos e práticas postas a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por outras razões. Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos funcionais ao ser humano e ao incentivo de relações autênticas e espontâneas, desmontando os meios ditos terapêuticos que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência.

	Importantes transformações aconteceram no Rio Grande do Sul, a Nossa Casa, em São Lourenço, e a Gestão da Política de Atenção Integral à Saúde Mental- em ambiente estadual; em Santos-SP, a internação na Casa Anchieta e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial(NAP). Buscava-se substituir o aparato manicomial.
1988	É criada a Constituição Federal e o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.
1989	O deputado federal Paulo Delgado apresentou o projeto de lei de sua autoria(3.6157/89), cuja justificativa fazia menção explícita à lei Italiana 180. Que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Fonte: (DALMOLIN, 2000).

A reforma psiquiátrica tem sido a diretriz da política pública adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo negociada entre as forças políticas. Contudo, a adoção da reforma psiquiátrica acontece num momento histórico e contraditório em que os países da América Latina começam a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais. (DIAS, 2007, p.134).

Na década de 1990 o Estado passa a realizar uma contrarreforma. Tendo em vista que a partir de então as políticas sociais sofrem desregulamentações, contraditoriamente a partir dos anos de 1990, se observam avanços na implantação da Reforma Psiquiátrica. O governo federal ratificou a Declaração de Caracas, de 1990, que prevê a organização de serviços comunitários em Saúde Mental e o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico.

É no final do anos de 1990, que a implantação do projeto de Reforma Psiquiátrica ganham diferentes direcionamentos(do setor privado, do setor público e da parceria do setor público com o setor privado)

Para entender a conjuntura que estamos falando é preciso fazer um cronograma dos anos 1990, é nesse ano que a Política de Saúde Mental assume diversas características.

Quadro 3- Marcos Históricos dos anos 90 Referente à Política de Saúde Mental

Década de 1990	Marcos Históricos
1990	Ocorreu a Conferência Regional de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, resultando na Declaração de Caracas.
1991	<p>Por declaração da ONU, foram definidos os princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental para melhoria da Assistência a Saúde Mental.</p> <p>Os órgãos responsáveis pela saúde, divulga uma série de portarias, visibilizando a possibilidade de estruturação e funcionamento de serviços de diversos níveis de complexidade assistencial, dentro das diretrizes do SUS e pertinentes à proposta da Reforma Psiquiátrica.</p> <p>O Ministério da Saúde estabeleceu como limite máximo 0,5 leito psiquiátrico por mil habitantes. No final deste ano, eram 0,56 leitos psiquiátricos por cada mil habitantes, esses se concentravam nas regiões mais desenvolvidas. O tempo médio de internação nesse período é de 55 dias, muito superior aos trinta dias preconizados pelo ministério.</p>
1992	<p>Aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental- CNSM, contando, com milhares de participantes de toda categoria, o diferencial, foi à participação dos usuários e das famílias. O evento discutiu os níveis municipais, regional estadual no que diz respeito à saúde mental. Os temas nos quais se centraram as deliberações do evento referia-se ao modelo de atenção e os direitos de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. O 1º temadiz respeito a organização de uma rede de atenção integral à saúde, envolvendo os mais variados recursos formais e informais. O objetivo é a transformação das práticas dos trabalhadores de saúde mental, por meio da organização do trabalho, capacitação e investigação, buscando, dessa forma, a desinstitucionalização. No que diz respeito aos direitos de cidadania, o trabalho deve ser voltado “para envolvimento das pessoas, num processo de organização crescente, de modo a que possam, cada vez mais, influir diretamente nas questões que lhe digam respeito”. O relatório final traz também deliberação sobre a municipalização, destacando os conceitos de território e responsabilidade, o financiamento, o gerenciamento, a vigilância, a capacitação do trabalho e da pesquisa e questões gerais sobre a revisão da legislação. Ademais, ainda existe recomendações as universidades e aos demais órgãos formadores para introduzir temáticas de saúde mental sob a ótica da saúde coletiva, orientando a criação de programas de extensão que formem os agentes comunitários e urbanos.</p> <p>No âmbito do Poder Executivo, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde- reconhece que a organização da rede de serviços de saúde para o atendimento às necessidades da população no campo da saúde mental, mostra-se, ainda, de forma geral, insatisfatório. O hospital psiquiátrico ainda detém papel hegemônico no conjunto dos serviços.</p> <p>Custo com plano social ainda são elevados, e um terço dos pacientes crônicos são residentes dos hospitais psiquiátricos, pois perderam completamente os seus vínculos familiares e sociais. As denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes são alarmantes.</p>
1993	No âmbito nacional- a criação de Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar- GAPH.

1994	<p>Com a resolução das diretrizes emanadas da 2º CNSM, o Poder executivo constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. A comissão é responsável pela definição dos rumos das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.</p> <p>O Ministério da Saúde criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação de assistência em saúde mental. O subsistema tinha o intuito de ser criado nas três esferas do governo, por meio da constituição de Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar- GAPH.</p> <p>As diretrizes e estratégias do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental(COSAM), apontando o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção integral em saúde mental. • A revisão jurídico-legal, objetivando sua compatibilização com as mudanças em curso e a garantia dos direitos civis e de cidadania às pessoas portadoras de transtorno mentais.
------	--

Fonte: (DALMOLIN, 2000)

Para Amarante(1996) esse lastro histórico marcado pelo fortalecimento doMRP se mantêm vivo,- mesmo diante do processo de desmonte dos direitos sociais, iniciado pela Reforma do Estado, - porque o MRP:

Não perde por completo o *approach* crítico, ‘em parte’ isso pode ser atribuído à marcante influência de Franco Basaglia. Se comparado com o Movimento pela Reforma Sanitária, o movimento no campo psiquiátrico parece ir mais longe, no sentido das transformações mais propriamente qualitativas no âmbito no modelo de saúde que se implementa(AMARANTE, 1996, p. 21).

Até 1995, foram abertos cerca de 200 serviços de atenção psicossocial e mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Também em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental em que se consolidaram as propostas da Reforma Psiquiátrica. Os núcleos ligados ao movimento antimanicomial avançaram nas discussões através de congressos e encontros. Em 1996, estima-se que foram criadas cerca de 50 associações.(VASCONCELOS, 2000).

Ao mesmo tempo, cresceu a demanda por 23 atendimentos nos serviços de Saúde Mental em vista do aumento dos casos de estresses, depressão, ansiedade, fobias e dependência química os quais são ocasionados pelo aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria, e os sinais de má qualidade de vida e violência social(VASCONCELOS, 2000)

De acordo com o Ministério da Saúde, através de dados, referenciados no ano de 2004, no final dos anos 90, o país tinha 208 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) em

funcionamento, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais. Isso significa dizer que o projeto de lei elaborado por Paulo Delgado¹⁶ sofreu diversos cortes, - principalmente quando se refere à extinção dos hospitais. Tal projeto culminou na aprovação da Lei 10.216 em 2001 (não manteve o projeto original do deputado Paulo Delgado), depois de 12 anos de espera.

Para uma compreensão mais detalhada sobre a legislação brasileira, no que se refere à saúde mental, elaboramos um quadro que percorre as principais leis e decretos

Quadro 04- Conteúdo da Legislação Brasileira Referente à Saúde Mental

Leis e Decretos	Conteúdos presente nos decretos e nas leis
Decreto 82/1841	Esse decreto determinou a criação dos hospitais psiquiátricos, o mesmo servia como lugar de punição aos que não possuíam comportamento “normal”.
Decreto 1.132/1903	O decreto determina que o único lugar autorizado a receber os loucos era o hospício, por reunir condições adequadas e toda internação estava sujeita ao parecer médico, detentor da “verdade” no que se refere à alienação mental.
Decreto 24.559/1934	Esse decreto “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos”(…).
Projeto de Lei 3.657/89 (conhecido também como lei “antimanicomial” ou Paulo Delgado)	Regulamenta o direito dos usuários e prevê a extinção gradativa dos hospícios e a instalação de recursos extra-hospitalares substitutivos aos manicômios.
Portaria 189/1991	Essa portaria diz respeito a incentivo a implantação dos CAPS e regras mais rígidas de funcionamento e fiscalização dos hospitais psiquiátricos.
Portaria 224/1992	A portaria referida, trata-se exclusivamente da implantação dos CAPS.
Lei 9.867/1999	Para o governo esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma psiquiátrica italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG).

¹⁶O deputado Paulo Delgado ativista do Movimento de Reforma psiquiátrica, elaborou um projeto de lei que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Isto significa dizer, que o mesmo defende que o tratamento para com o usuário de saúde mental seja realizado por um rede de atenção a saúde mental.

Lei 10.216/2001	Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial.
Portaria nº 251/2002	Essa portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Isto é, existe uma presença forte do hospital psiquiátricos no que diz respeito à internação.
Portaria 336/2002	Resultado de um longo e coletivo processo de revisão da histórica portaria nº 224, que estabeleceu a tipologia dos CAPS; De como deve ser seu funcionamento, a quem deve atender.
Decreto de 28 de maio de 2003	Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Esse grupo tem caráter provisório e será destituído tão logo cumpra suas funções.
Lei 10.708/2003	Esta lei possibilita a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Essa lei resulta no Programa De Volta Para Casa.

Fontes: Brasil(2010); MEDEIROS(2010), SILVA(2013) ,AMARANTE(1994).

Diante disso, defendemos como um componente central da Reforma Psiquiátrica os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS). Os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento (BRASIL, 2004). O CAPS, tem a função de promover ações intersetoriais para que a pessoa em sofrimento psíquico possa se inserir nos diversos espaços sociais, envolvendo temáticas como educação, trabalho, esporte, cultura etc. Ele é responsável também pela organização da rede de serviços em Saúde Mental de seu território e por dar suporte e supervisão em Saúde Mental na rede de Atenção Básica.

O CAPS disponibiliza três tipos de atendimento: 1) atendimento intensivo, que se trata de uma atenção diária e é oferecido ao indivíduo que se encontra com grave sofrimento psíquico; 2) atendimento semi-intensivo, que é destinado ao paciente quando o seu sofrimento e a desestruturação psíquica já minimizaram, melhorando assim as possibilidades de relacionamento e; 3) atendimento não-intensivo, que é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias durante o mês (BRASIL, 2005).

Os níveis de atendimento do CAPS dependem do número de habitantes, de acordo com o Ministério da Saúde(2005):

- O CAPS I funciona em nível ambulatorial durante horário comercial, cinco dias por semana, e deve ser implantado em cidades com população entre 20 mil e 50 mil moradores. A equipe mínima deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias e quatro profissionais de nível médio.
- O CAPS II deve estar presentes nos municípios com mais de 50 mil habitantes e inclui o atendimento em hospital-dia (HD), funcionando de segunda a sexta, em horário comercial. Os recursos humanos mínimos são formados por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em Saúde Mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias e seis profissionais de nível médio.
- O CAPS III deve ser implantado em municípios com mais de 200 mil moradores. Além do ambulatório e hospital-dia, também oferece acolhimento noturno, disponibilizando cinco leitos, e funciona 24 horas por dias, todos os dias. A equipe mínima é formada por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em Saúde Mental, cinco profissionais de nível superior de outras áreas e oito profissionais de nível médio.
- Os CAPSi são centros especializados em atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. São instituições, geralmente necessárias, para dar resposta à demanda em Saúde Mental em territórios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm suporte para acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estas instituições é de 11 profissionais de nível médio e superior.
- Os CAPSad são especializados em atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e atendem cidades com mais de 200.000 habitantes, assim como municípios de fronteira (rota de tráfico) ou cenários epidemiológicos importantes. Sua equipe mínima é de 13 profissionais.
- Ambulatório e hospital-dia oferecem acolhimento noturno, disponibilizando cinco leitos, e funciona 24 horas por dias, todos os dias. A equipe mínima é formada por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em Saúde Mental, cinco profissionais de nível superior de outras áreas e oito profissionais de nível médio.

Os principais objetivos dos CAPS são: Atendimento clínico em regime de atenção diária; Promover a inserção social; Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

A rede de atendimento, se pauta na diversificação qualificada; através de unidades de saúde mental no hospital geral, emergência psiquiátrica integrado, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros que tenham o princípio a integralidade do cidadão e o respeito à diferença. Entretanto, a proposta de reforma da assistência psiquiátrica vai além da simples substituição do manicômio por serviços alternativos.

Para o Ministério da Saúde (2005) a construção de uma rede:

É fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É portanto fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.(BRASIL, 2005, p.25).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde – formado pela articulação entre a gestão federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”, é nesse contexto que a rede de atenção à saúde mental brasileira passa a se parte integrante do (SUS).

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.(BRASIL, 2005).

A rede de atenção à saúde mental, é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e

gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim 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. (BRASIL, 2005, p.25)

No quadro a seguir encontra-se presente a explicação de como está articulada a rede de acordo com a Lei 10.216/2001.

Quadro 05-Articulação da Rede Conforme a Lei 10.216/2001



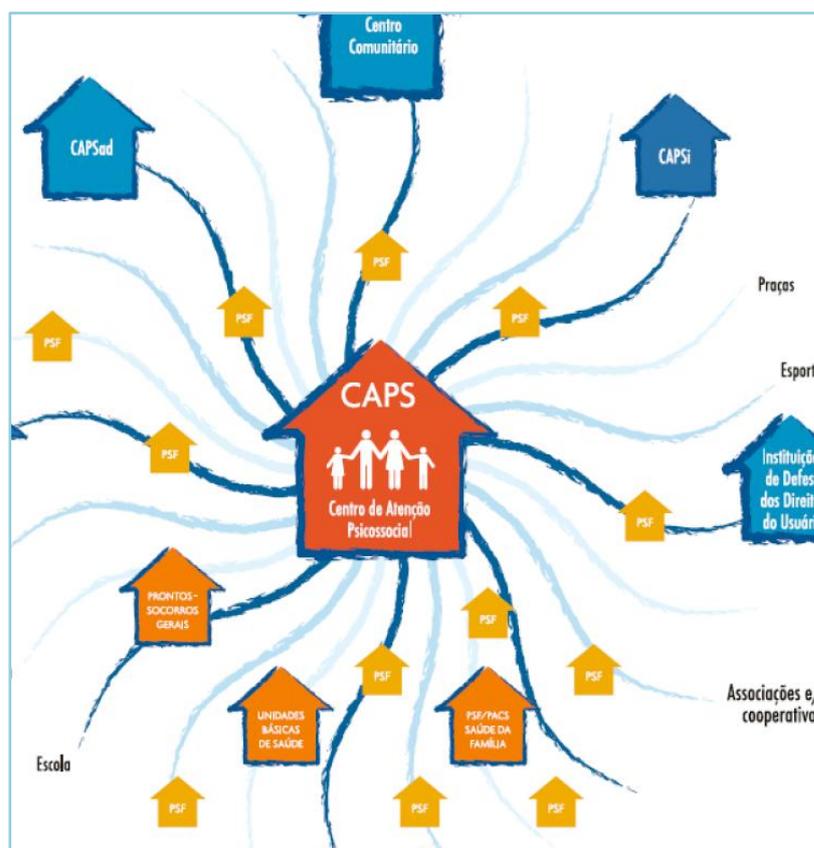
Fonte: Brasil, 2005.

Vários dispositivos legais foram criados pelo Ministério da Saúde para garantir a expansão dessa rede. O investimento em serviços extra-hospitalares em Saúde Mental aumentou de 20,46% em 2001 para 36,16% em 2004 (BICHAFF, 2006). Contudo, os

hospitais psiquiátricos ainda permanecem com a maior fatia do orçamento em Saúde Mental.

Um grande desafio da Reforma Psiquiátrica na atualidade, diz respeito à falta de estrutura adequada para o exercício da profissão que estão inseridas nos espaços destinados a saúde mental, nos baixos salários e na falta de atualização profissional, tudo isso tem desmotivado os trabalhadores da saúde mental. Todavia, é de extrema importância que se mantenha a luta em favor de uma Política de Saúde Mental pautada na integralidade, na universalidade e na igualdade dos direitos dos usuários. O quadro abaixo apresenta como funciona a rede de atenção à Saúde Mental pautada em uma atuação profissional intersectorial e uma Rede que ainda mantém os hospitais psiquiátricos em sua base.

Quadro 06- Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil, 2005, p. 26

Destarte, ações são adotadas para o desenvolvimento da “nova política de Saúde Mental” segundo o Ministério da Saúde(2005)¹⁷, de forma resumida:

- **Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados:** o processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo conduzido visa à redução dos leitos hospitalares de hospitais psiquiátricos de forma planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

- **Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar:** os serviços de saúde como, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas em saúde. São, portanto, propostas que visam o oferecimento de um conjunto diversificado de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial.

- **Programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica:** o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental para além das universidades. Requer o estabelecimento de bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma.

- **Implantação do Programa de Volta para Casa:** este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216 de 06/04/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental ao determinar que os pacientes de longo tempo hospitalizados, ou que se caracterize situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Este Programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Como estratégia principal para a implementação do Programa foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, conforme Lei nº 10.708 de 31/07/2003 e Portaria nº 2.077/GM de 31/10/2003, que regulamenta a referida Lei.

- **Implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas:** a Lei nº 10.216 de 06/04/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica,

¹⁷Tal assunto pode ser encontra de forma mais ampla no relatório de Caracas.

ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência. Neste sentido a edição da Portaria nº 2.197 de 14/10/2004 vai ao encontro dessa diretriz, ao redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estabelece como partícipes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, unidades de atenção básica, CAPS ad, hospitais gerais de referência, a rede de suporte social (associações de ajuda mútua) e, como características principais, estar implicada a rede de cuidados em DST/AIDS e adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

- **Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica:** a atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com base territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais.

Dentre os principais instrumentos atuais que definem a Política Nacional de Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde(2005), incluem-se:

a) Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS / SUS) 2001/2002; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

b) Lei nº 10.708 de 31/07/2003; Lei do Programa de Volta para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

c) Portaria GM nº 106 de 11/02/2000; cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar.

d) Portaria GM nº 251 de 31/01/2002; estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os 39 hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

e) Portaria GM nº 336 de 19/02/2002 – ANEXO 05; acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

f) Portaria GM nº 2.391 de 26/12/2002; notificação das internações psiquiátricas involuntárias; define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei 10.216.

g) Portaria 10708 de 2003; Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Tal auxílio faz parte do Programa De Volta para Casa.

h) Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003; define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.

i) Portaria GM nº 52 de 20/01/2004; institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz de redução progressiva de leitos.

j) Portaria 1102 de 2004, Prorroga por 60 (sessenta) dias, o prazo de que trata o item 5 do anexo da Portaria n.52, de 20 de janeiro de 2004, para a assinatura do termo de compromisso e ajustamento, em que devem constar tanto as reduções de leitos da etapa de retificações/ajustes de leitos, quanto as reduções de módulos de 40 leitos, a ser realizadas até julho de 2005, conforme diretrizes do programa

l) Portaria 1628 de 2004; Prorroga o prazo para assinatura de termo de compromisso e ajustamento e retificação de ajuste de leitos.

m) Portaria 304 de 2014; Prorroga o prazo para assinatura de termo de Compromisso e Ajustamento e retificação de ajuste de leitos.

n) Portaria GM nº 1.608 de 03/08/2004; constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, tendo em vista, a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social.

o) Portaria GM nº 1.935 de 16/09/2004; destina incentivo financeiro antecipado para Centros Atenção Psicossocial em fase de implantação.

p) Portaria 304 de 2005 de 2005; reclassifica os hospitais descritos no anexo desta Portaria, depois de cumprida a segunda etapa de redução de leitos, de acordo com o estabelecido na Portaria n.52/GM, de 20 de janeiro de 2004.

q) Portaria 395 de 2005; determina que os hospitais psiquiátricos dos grupos II a IV, que não aderiram ao Programa de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004, voltem a ser remunerados conforme valores definidos na Portaria SAS n.77, de primeiro de fevereiro de 2002.

r) Portaria 1899 de 2008; institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais.

s) Portaria 2629 de 2009; reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.

t) Portaria 2644 de 2009; Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos, cria incentivos para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.

u) Portaria 404 de 2009; reclassifica os Hospitais Psiquiátricos nas Classes N I, N II, N III e N IV.

v) Portaria 426 de 2009; estabelece que hospitais indicados para descredenciamento permaneçam nas classes em que se encontravam em outubro de 2009.

Apesar dos avanços na expansão dos CAPS, das RST, etc. demonstrada na legislação, temos hoje ainda uma disputa entre dois modelos na saúde: “o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990” (BRAVO, 2006, p. 101). E ainda acrescentando, temos um

terceiro projeto que se pauta na “terceira via” ou/e no Terceiro Setor- seria uma parceria do mercado, com o Estado e a sociedade civil, esta ultima representada pelos partidos, sindicatos e organizações sociais que são parte integrante do governo.

Nesse sentido, observa-se que a Saúde Mental fica a mercê do terceiro setor, que se representa através das ONG’S. Esse momento, representa um retorno das iniciativas privadas que se camufla por traz de um discurso ideológico de caridade, mas que mantem sua máquina usurpadora de lucro ligada.

A tendência atual da política de saúde mental é um retorno às práticas conservadoras, na qual ainda é mantida nos hospitais psiquiátricos e nas chamadas Organizações Sociais. Um exemplo claro de uma prática conservadora é a internação compulsória na política de enfrentamento ao uso de crack na cidade de São Paulo, os atos de limpeza da cidade é extremamente agressivo, é um retrocesso tanto dos direitos humanos, como para o desenvolvimento da política de Saúde Mental.(MEDEIROS, 2010)

Assim sendo, no ano de 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.O tema gerador desta Conferência foi exatamente a discussão sobre a necessidade de ações intersetoriais, para a efetividade do atendimento da Política de Saúde Mental, em conjunto com as outras políticas sociais, sociedade civil, trabalhadores, usuários e familiares (BRASIL, 2010).

Considera-se que este fato evidencia a importância e a necessidade de aprofundamento sobre as ações intersetoriais¹⁸ na Política da Saúde Mental. Diante disso, é relevante que a categoria dos assistentes sociais se aproprie deste debate e busque, a partir de reflexões teórico-práticas, contribuir para este avanço e, assim, possa presenciar a efetivação destas ações.

É nessa conjuntura de luta pelo direitos sociais que o projeto de Reforma Psiquiátrica se cruza com o projeto ético-político do Serviço social, os dois defendem direcionamento, buscam romper com o passado conservador e efetivar um

¹⁸ A intersetorialidade é construída e fortalecida enquanto processo coletivo (CAMPOS, 2004), como já mencionado entre diversos setores, e principalmente de uma construção com a população, considerando as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja, de cada local, de cada sujeito, visando atender as necessidades encontradas, e ainda valorizar e incentivar a participação da população neste processo.

direcionamento crítico. O serviço social defende um projeto ético político pautado na análise da realidade para além do que ela nos mostra.

Em concordância com a luta do Serviço Social, a RP é um processo permanente de construção, de reflexão e de transformação, no campo teórico-conceitual, a partir da desinstitucionalização dos saberes; no campo técnico-assistencial, através da reestruturação de modelos assistenciais; no campo político-jurídico, por meio da reformulação dos Código Civil e Penal e da legislação sanitária; no campo sócio-cultural, por meio de mudanças nas representações sociais e no imaginário social quanto à loucura, à doença mental e ao comportamento inadequado.(AMARANTE, 1996).

3.2 O Serviço Social na Saúde Mental

“Eles(desejos de manicômios) se expressam através de um desejo em nós de domínio, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele”.

Machado e Lavrador (2001, p.46)

O Serviço Social brasileiro, com base no Serviço Social franco-belga, iniciou seu primeiro curso de formação em 1936, pautado na doutrina social da Igreja Católica que sofreu influência do movimento higienista. Sob este lastro, Bisneto(2005) argumenta que o Serviço Social em Saúde Mental:

Iniciou-se nos anos 1940 pela atuação no COI – Centro de Orientação Infantil e no COJ – Centro de Orientação Juvenil. Porém o número de assistentes sociais permaneceu pequeno e seu escopo de atuação era bem distinto do atual, atendendo a jovens e famílias na prevenção higienista.”. (BISNETO 2005, p.112-113).

Este período marca a ação do Serviço Social em hospitais psiquiátricos. Os profissionais trabalhavam subordinados aos médicos e a direção da instituição, e tinham como função levantar os dados socioeconômicos e familiares, fazer o contato com estes para a alta, produzir atestados sociais, realizar encaminhamentos, além de atender a demandas materiais imediatas dos pacientes, como roupas, cigarros, pequenos recursos financeiros, contatos, entre outros. Também poderiam realizar campanhas para arrecadação de recursos.O Serviço Social foi um dos primeiros profissionais a fazerem parte da equipe de saúde mental nos hospitais psiquiátricos (depois dos psiquiatras e enfermeiros)(MACHADO, 2009).

Apesar de o Serviço Social atuar desde os anos 40 na Saúde Mental, sua inserção maciça na área ocorreu somente a partir da década de 1970 por meio de portarias do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que exigiam a contratação de mais profissionais para os hospitais psiquiátricos, inclusive nos conveniados.

A inserção dos Assistentes Sociais não visava uma proposta terapêutica, mas racionalizar a assistência psiquiátrica em termos previdenciários, lidando com aspectos que a psiquiatria não podia dar resposta, no caso, o Estado de pobreza e exclusão social de boa parte dos pacientes resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista (BISNETO, 2005). Pela psiquiatria tradicional, os demais profissionais deveriam atuar em complementaridade e subordinação ao trabalho dos psiquiatras. No caso dos Assistentes Sociais, deveriam intervir nos fenômenos sociais que interferiam no tratamento.

O Serviço Social, da década de 1970, sofreu influência da psicanálise, da psiquiatria e de diversos ramos da psicologia. Na realização de diversos eventos o Serviço Social iniciou várias tentativas para sistematizar a prática do Serviço Social na Saúde Mental, baseada no Serviço Social clínico e na psiquiatria social e no positivismo.

O resultado na década de 1970, foi o desenvolvimento da terapia familiar, de base sistêmica. Contudo, paralelamente, o Movimento de Reconceitualização¹⁹, desencadeou críticas as vertentes psicologistas, reduzindo sua influência sobre a prática e formação profissional. (discursão do movimento de renovação)

No Brasil, o Serviço Social se configura como uma profissão pautada nas exigências do capitalismo para superação das crises durante o desenvolvimentismo proposto pela ditadura militar (1964 – 1985), na qual aconteceu à ampliação dos atendimentos a serviços previdenciários dos institucionalizados em manicômios.

¹⁹Partindo do pressuposto de que a realidade caminha lado a lado com o Serviço Social, a primeira aproximação com as ideias marxistas e seus rebatimentos na prática profissional se deu durante o movimento de reconceitualização na América Latina, nos anos 60, e seus desdobramentos através da renovação no Brasil durante a ditadura militar. A reconceitualização tinha como objetivo superar a prática profissional assistencialista, contudo, dentro do movimento existiam diferentes correntes de pensamentos que disputavam ideias, mas objetivava contestar a manutenção do *status quo*. Logo, o movimento de reconceitualização levou a uma ruptura política que não foi acompanhada por uma ruptura teórica com essa herança conservadora.

Os anos 1980, é considerado um marco histórico para os movimentos sociais, o país foi alvo de transformações sociais, tanto no âmbito das políticas sociais, como na efetivação destas. O serviço social nesse contexto de redemocratização do país, encontra-se entrelaçado a uma intenção de ruptura²⁰ com o passado conservador, foi no momento de espraiamento que as obras de Yamamoto, dos anos de 1970 e 1980, ganharam espaço e o serviço social passa a ter em seu horizonte a luta pelos direitos sociais dos cidadãos, passando a se alinhar com os interesses das classes populares.

De acordo com Barroco, a perspectiva de intenção de ruptura representa:

A negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a ética da ‘neutralidade’, e afirmação de um novo perfil técnico, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórico, técnico e politicamente (BARROCO, 2001, p. 200).

Sendo assim, as profundas transformações nos fundamentos teórico-ideológicos do serviço social se materializam no Código de Ética dos Assistentes Sociais (1993), nas Diretrizes Curriculares (1996) e na Lei de Regulamentação da Profissão (1993). Estes mecanismos legais compõem o projeto profissional em suas dimensões ético-política, teórico-prática e técnico-operativa, sob a luz da base teórica social pautada em Marx.

Todo esse processo de luta aproximou o Serviço Social dos ideais da RP e do Movimento de Luta Antimanicomial. A identificação do Serviço Social com o MLA se dá através de quatro principais pontos de interconexão: 1) a necessidade de transformação das instituições, 2) a ênfase no aspecto político (e não somente técnico-assistencial), 3) a importância da interdisciplinaridade para o atendimento das necessidades dos usuários em sua totalidade e a 4) necessidade de democratizar as relações entre funcionários e usuários. (BISNETO, 2006).

O Assistente Social passa a ser inserido nos CAPS, NAPS, SRTs, nas oficinas terapêuticas e demais equipamentos de Saúde Mental, a partir dos avanços da RP em

²⁰ No contexto da ditadura, vale salientar os momentos constitutivos da perspectiva da intenção de ruptura: a emersão, a consolidação acadêmica e o espraiamento (a partir dos anos 80) que visava/visa romper com as bases tradicionais do Serviço Social alimentando a perspectiva renovadora, mas que sofreu em suas “etapas” de consolidação influência do positivismo e rebatimentos de trabalhos acadêmicos fundamentado na fenomenologia. Com o desenrolar da história e com a organização dos movimentos sociais e a reflexão de Yamamoto, o Serviço Social encontra um contexto histórico propício para intenção de romper com o passado conservador, retomando uma direção pautada na criticidade, que tem seus ganhos no Código de Ética de 1993.

1990. O Serviço Social passa atuar em equipes interdisciplinares na perspectiva da reabilitação social com vistas a estabelecer a cidadania dos usuários. Segundo análise de Soares(2012) em concordância com o Ministério da Saúde e a Legislação referente à Saúde Mental :

A Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, preconiza a inserção de Assistentes Sociais nas equipes de saúde mental em todas as esferas que tangem a saúde mental, pode-se inferir, portanto que existe uma necessidade de organização de nossa categoria profissional a fim de ocupar esses espaços de trabalho e intervenção do Assistente Social, mas com uma perspectiva que abarque as necessidades do campo da saúde mental sem ferir o Projeto Ético Político do Serviço Social, que tem como alguns dos componentes constitutivos os marcos regulatórios de nossa profissão, que são a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, o Código de Ética Profissional de 1993, entre outros.(SOARES, 2012, p.64).

As novas modalidades de serviços de saúde mental necessitam de equipes multiprofissionais que deem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), portanto, se configura num espaço multiprofissional, que tem como membro da equipe o Assisente Social.

Nesse contexto de expansão da Política de Saúde Mental, observamos que até o final dos anos 90, apenas dois livros e cinco artigos estavam a circular nacionalmente. Isso significa dizer, que a repercussão no Serviço Social brasileiro sobre o Movimento de Reconceituação e o debate contemporâneo não puseram a loucura no centro das discussões como se deu com relação aos movimentos sociais, as políticas sociais, o estatuto profissional, entre outros. (BISNETO, 2006).

Outra crítica diz respeito ao fato de que os serviços públicos se articulam em rede, organizados em modo de pirâmide. Na base, há um conjunto de serviços responsáveis pela atenção primária, oferecida aos usuários do sistema de saúde. No meio da pirâmide, estão os serviços de média complexidade e, no alto, os de alta complexidade, como os serviços hospitalares (CECILIO, 1997).

A organização piramidal dos serviços no SUS funciona como um processo de verticalização de cima para baixo, ou vice-versa. Uma possibilidade para solucionar esse problema, seria a rede operar de um modo descentralizado, sem um centro de gerenciamento. Ademais, a burocracia existente nas redes de saúde, especialmente, no caso da Saúde Mental, se agrava, já que, historicamente, o modelo hospitalocêntrico se manteve em ascensão.

Para o Serviço Social vencer essa barreira dos manicômios, é preciso que se construa uma visão de subjetividade que seja ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, com objetivo de termos uma sociologia crítica e lúcida das relações interpessoais e não apenas resumira subjetividade a psicologização das relações sociais. Diante disso, é fundamental que o trabalho do Assistente Social:

Tenha como base fundamentalmente a interdisciplinaridade. Ao contrário da multidisciplinaridade, em que profissionais de diferentes áreas trabalham num mesmo espaço, mas isoladamente, a interdisciplinaridade se caracteriza pela troca de saberes e horizontalização das relações de trabalho entre os profissionais. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais. (VASCONCELOS, 2000, p.47)

A interdisciplinaridade surge com o objetivo de promover a superação da superespecialização e da desarticulação entre teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade. Ademais, a interdisciplinaridade é vista como a nova lógica posta a atenção na Saúde Mental para ampliar as possibilidades de atuação do Assistente Social. A integração teoria e prática de que trata a interdisciplinaridade refere-se à formação integral na perspectiva da totalidade. O pensamento crítico que inspira esta discussão leva ao aprofundamento da compreensão sobre esta relação, colocando como de fundamental importância a definição da prática que se pretende relacionar à teoria (VASCONCELOS, 2000).

É nesse ambiente, que a interdisciplinaridade assim como as redes intersetoriais, passam a assumir um novo horizonte. Sabe-se que nem sempre o Assistente Social encontra no ambiente de trabalho as ferramentas para alcançar os objetivos profissionais, mas os debates sobre a Reforma Psiquiátrica e Sanitária, os preceitos do Código de Ética do Assistente Social de 1993 – que traz uma nova concepção de homem e mundo e a discussão sobre direitos humanos – e a discussão sobre a subjetividade quanto à saúde e saúde mental do trabalhador – em face da precarização das relações de trabalho – contribuíram para retomar o debate sobre o Serviço Social e Saúde Mental, além de fortalecer o cunho crítico da Reforma Psiquiátrica. (MACHADO, 2009).

O Serviço Social tem um papel diferenciado na luta pela promoção da saúde Mental, que está presente na rede de atenção à saúde mental articulada aos direitos sociais:

[...] que o destaque conferido aos direitos sociais está ligado à construção do “novo” *habitus* (produto do Projeto Ético-Político da Profissão) que impulsiona um “novo” capital simbólico, que é fortalecido pela orientação da Reforma Psiquiátrica e pelas conquistas democráticas presentes na Constituição de 1988, que garante na forma legal os direitos sociais e que permitem à profissão acioná-los no enfrentamento da questão social. (Machado, 2009, p. 105)

Portanto, o fortalecimento do Serviço Social e a RP requer do profissional atribuições norteadas pelas diretrizes do SUS, pelo Código de Ética do Assistente Social e pela Lei que Regulamenta a Profissão, dentre as quais podemos destacar:

- a) encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania;
- b) prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- c) desenvolver ações sócio-educativas e culturais com a comunidade;
- d) identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;
- e) identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- f) contribuir para a capacitação e formação de conselheiros (as) de saúde e de outros sujeitos sociais;
- g) discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- h) elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Programa Saúde da Família, para os Centros de Assistência Psicossocial e para todos segmentos que possibilitam o fortalecimento do projeto de Reforma Psiquiátrica;
- i) realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciada pela comunidade;
- j) emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social;

- k) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do Serviço Social;
- l) acompanhar, na qualidade de supervisor(a) de campo, estagiários(as) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e
- m) sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social no ambiente de atuação do mesmo.

Dessa forma, conclui-se que a saúde mental constitui em uma das dimensões das expressões da Questão Social e, portanto, também é espaço de atuação do Serviço Social. Contudo, o cotidiano do Assistente Social é marcado por uma série de percalços que se fortalecem a partir da contrarreforma do Estado e com o fortalecimento do Terceiro Setor no governo Lula e Dilma.

É sobre esses impasses que o próximo capítulo tratará. Todavia, nesse contexto de desmonte dos direitos sociais, em especial, da política de saúde mental, apresentaremos possibilidades para atuação do Assistente Social.

IV. CAP. 3 A CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS REBATIMENTOS PARA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O Governo do Estado moderno não é se não um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa.

Karl Marx

Esse capítulo tem objetivo analisar a contrarreforma²¹ do Estado, principalmente, no governo do PT que dá continuidade a mesma iniciada nos anos de 1990. Ademais relacionaremos a contrarreforma do Estado como uma estratégia do governo para superar a crise estrutural do Capitalismo- ocasionada pelo queda da taxa de lucro. Diante de uma conjuntura de Restruturação produtiva, a contrarreforma do Estado se estala por todas as dimensões do Estado.

Desse, modo o Estado passa se orientado pelo Banco Mundial e pelas ideologias neoliberais, todas essas estratégias tem suas inflexões para política de saúde na medida

²¹ De acordo com Berinhg (2003) pela contrarreforma do Estado. Isto é, concordando com Berinhg não podemos considerar as desregulamentações neoliberais como reforma, pois, historicamente, todas as reformas realizadas no capitalismo caracterizaram-se pela articulação da classe trabalhadora por melhores condições de vida e ampliação de direitos, portanto, reformas que reduzem direitos e fazem a classe trabalhadora retroceder neste campo são consideradas contrarreformas, pois sinalizam o avanço do capital sobre conquistas históricas das classes subalternas.

em que as comunidades terapêuticas são fortalecidas ao invés da rede de atenção a saúde mental.

4.1 O neoliberalismo, Terceiro setor e os governos Lula e Dilma: avanços e retrocessos para Saúde Mental e o Serviço social.

Nesse primeiro momento, será preciso entender a contrarreforma do Estado. A contrarreforma do Estado é um conjunto de estratégias e respostas do capital para enfrentamento da crise, configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação produtiva que conjuga inovação tecnológica e organizacionais com velhas práticas predatórias de acumulação primitiva, no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova racionalidade hegemônica e com todo o ideário neoliberal a ela vinculado.(SOARES, 2010, p.39).

Diante disso, o Estado está submetido aos ditames de uma nova era histórico universal- a globalização-, que por meio da desregulamentação e da flexibilização, reduz consideravelmente o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade. É um Estado mínimo para classe trabalhadora e máximo para o capital.

A contrarreforma do Estado tem seus primeiros sinais no governo de Collor, quando o mesmo reduz os gastos na área social e boicota a implantação do SUS, via ementas constitucionais. A contrarreforma do Estado Brasileiro se fortaleceu nos governos de Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), nas palavras dos seus ideólogos a proposta da mesma apresentava-se como “necessária”, devido à crise fiscal nos países que seria ocasionada pela ampliação da intervenção estatal, ao incorporar sua presença no setor produtivo como regulador das relações de produção, ou seja, observa-se que o centro da “reforma” na verdade, foi o ajuste fiscal. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Sendo assim, no governo de FHC um marco no país foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) especificamente pelo então, Ministro Bresser Pereira 1995 (BEHRING, 2003).

Nesses termos o Estado passa a adotar uma perspectiva de racionalização do gasto público, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador, transferindo para a esfera privada as atividades que antes eram suas. Evidencia-se, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a

precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade por consequência do desemprego estrutural, o sucateamento da saúde e da educação. (BRAVO, 2009)

A proposta do MARE, teve como objetivo a Reforma Gerencial da Saúde, consubstanciada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96). Para Soares(2010), apesar da mesma conter traços de avanços para a política, contraditoriamente, contemplou muito da proposta original do MARE e alguns princípios da contrarreforma do Estado e das propostas dos documentos do Banco Mundial

Nesse contexto, podemos destacar algumas propostas em consonância com os organismos multilaterais, de acordo com (SOARES, 2010) são elas a plena responsabilização dos municípios, o estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde, seja na proposta de um modelo de atenção á saúde em que os municípios superem o papel exclusivo de prestadores de serviços deixando a possibilidade de contratação de serviços privados, assumindo apenas a função de gestores da política de saúde.

Outro lastro no governo de FHC que merece destaque, foi a reforma na seguridade social, em especial, no âmbito da previdência. Com a divulgação da existência de um déficit na previdência social o governo inicia uma reforma na mesma, foram realizados diversos cortes dos direitos trabalhistas, todavia, a contrarreforma da Previdência Social não foi concluída.

Com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, com todo seu histórico de lutas em prol da classe trabalhadora, acreditava-se que o Brasil superaria esse desmonte dos direitos trabalhistas. Entretanto, o governo Lula dá continuidade às estratégias capitalistas adotadas pelo governo de FHC.

Em 2002- 2014, temos os governos do PT. Em seu primeiro mandato Lula firma aliança com o capital, dando continuidade a contrarreforma do Estado, sua primeira ação foi à segunda etapa da reforma previdenciária, não concluída no governo anterior.

Segundo Soares(2010, p.51):

“No que se refere à política de saúde, o governo expressa suas ações através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurando na forma de fundações estatais de direito privado, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária”.

O governos do PT(Lula e Dilma) passam a adota uma política econômica e ideológica que se caracteriza como social-liberal²², isto é, o Estado comprometido com o social através de programas sociais, enquanto o mercado se mantém livre para regular a economia. As parcerias público-privado se apresentam como “terceira via”, mas essas parceiras são empresas públicas de direito privado que fazem parte de um processo denominado, privatização.

É nessa discursão que a política de saúde mental se encontra, vem sofrendo retrocessos com uma economia neoliberal que se fortalece com a contrarreforma do Estado. A RP encontra impasses para sua efetivação, ao começar por cortes na legislação, nesse momento nos referimos à Lei 10.216/2001 que não é fiel ao projeto original de Paulo Delgado, mas que é apresentado como uma conquista.

Outro rebatimento da conjuntura atual são as condições precárias dos CAPS, do NASF²³, da ESF, os baixos salários, a desmotivação dos profissionais, entre outros. Por último, elencamos como um rebatimento da política neoliberal a permanência dos hospitais psiquiátricos como a solução imediata, os hospitais ainda recebem recursos públicos.

O objetivo de “limpar” a cidade volta à tona tanto nos governosliberais como nos sociais-liberais. A imediatividade tem sido a porta de entrada para os portadores de transtornos mentais. E o terceiro setor tem exercido o papel da santa igreja de caridade atrelada ao setor privado.

O Brasil contemporâneo, inserido em um processo de pós-modernidade²⁴, tem aumentado suas contradições na medida em que o próprio sistema expulsa os que não

²²O social-liberalismo é, pois, uma proposta de contrarreforma do Estado que, assimilada, no Brasil, pelo atual modelo da política de Assistência Social, visa fazer frente aos efeitos mais gritantes da liberalização dos mercados, exatamente para manter a trajetória concentradora do capital e suas consequentes desigualdades. É apenas no contexto dessas grandes transformações societárias que podemos apreender as funcionalidades da política de Assistência Social ao modelo brasileiro de governo "neodesenvolvimentista".(SILVA, 2013, p.3).

²³ Em janeiro de 2008, a portaria n.º 154 do Ministério da Saúde(2005) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando “A responsabilização compartilhada entre as Equipes de Saúde da Família e as equipes do NASF na comunidade [que] prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/ Saúde da Família (...)” (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

²⁴ A perspectiva pós-moderna, além de realizar esta crítica infundada a Marx e ao marxismo, coloca o sujeito e não as relações objetivas como foco da crise de paradigmas da sociedade moderna. Neste sentido, acreditamos que este discurso está presente não apenas na academia, mas, também, nas relações sociais e muitos profissionais, ao afirmarem a centralidade da subjetividade na saúdemental como

são capazes de exercer uma função trabalhista, gerando o adoecimento dos trabalhadores, a solução encontrada tem sido a medicalização.

Os rebatimentos do ideário neoliberalismo têm afetado diretamente os espaços sócio- ocupacionais do assistente social e tem batido de frente com o Código de Ética da profissão.

Para Milton Friedman, um dos idealizadores do neoliberalismo, as principais características dessas ideias se pautam:

- Na mínima participação estatal nos rumos da economia de um país;
- Pouca intervenção do governo no mercado de trabalho;
- Política de privatização de empresas estatais;
- Livre circulação de capitais internacionais e ênfase na globalização;
- Abertura da economia para a entrada de multinacionais;
- Adoção de medidas contra o protecionismo econômico;
- Desburocratização do Estado: leis e regras econômicas mais simplificadas para facilitar o funcionamento das atividades econômicas;
- Diminuição do tamanho do Estado, tornando-o mais eficiente;
- Posição contrária aos impostos e tributos excessivos;
- Aumento da produção, como objetivo básico para atingir o desenvolvimento econômico;
- Contra o controle de preços dos produtos e serviços por parte do Estado, ou seja, a lei da oferta e demanda é suficiente para regular os preços;
- A base da economia deve ser formada por empresas privadas;
- Defesa dos princípios econômicos do capitalismo.

Partimos do pressuposto que o neoliberalismo tanto se expandiu ideologicamente através da política, como no campo teórico- esse se denominamos como uma reação teórico-político contra o Estado intervencionista/Estado de bem-estar.

Nesse contexto, vale mencionar como um destaque teórico e como um ativista das causas liberais, Hayek, sua bandeira de luta tem como base a “promoção das liberdades econômicas individuais”. Hayek declara em sua obra nomeada de Caminhos Da Servidão que a uma espécie deservidão humana, patrocinada pelo que chamava de Estado social (o Estado, simplesmente). Porque devido ao êxito já alcançado, o homem se foi mostrando cada vez menos disposto a tolerar os males ainda existentes, que a essa altura lhe pareciam insuportáveis e desnecessários.(HAYEK,1987, p.45)

impedimento de atuação profissional, realizam uma leitura enviesada da tradição marxista, corroborando para a legitimação de discursos que restringem o marxismo à economia. (ROCHA,2012, p.45)

Para Vidal(2010, p. 2-18)

De todo modo, sem tais condições o capitalismo avançado não poderia mesmo repetir o desempenho de outrora, com crescimento econômico e distribuição de renda, de modo geral, alguma sincronia entre os diversos países e certa hegemonia dos valores de igualdade e solidariedade. Assim, em termos mais propriamente políticos, verifica-se que o liberalismo mais radical, sob a roupagem de um neoliberalismo, foi resgatado por sua extrema funcionalidade para a constituição de um novo padrão de acumulação sistêmica, requerido pelo capital. E esse novo padrão implica, fundamentalmente, o endurecimento das condições materiais, seguramente para as maiores parcelas das sociedades nacionais, o que pode ser entendido como a contrapartida óbvia da exacerbação — e até exaltação — da competição social. Desse ponto de vista, constata-se perfeitamente que a servidão humana pode percorrer vários caminhos. E também que um deles, de incoercível traçado, se faz representar na atual etapa do capitalismo, nos marcos do recrudescimento da ideologia liberal.

O neoliberalismo do ponto de vista da sua fundamentação doutrinária, o neoliberalismo não difere muito do liberalismo clássico, formulado basicamente nos séculos XVIII e XIX. O individualismo exacerbado; o apego desmedido às liberdades individuais, sobretudo às econômicas, com destaque para o princípio da inviolabilidade da propriedade privada; a aversão a um tipo específico de igualdade (substantiva e não apenas formal ou jurídica), ainda que relativa, deliberadamente produzida por determinada intervenção estatal; a apologia a uma ordem de intensa competição social, baseada numa suposta livre concorrência em um mercado igualmente livre; a visão do Estado como um “mal necessário”, donde a decorrência lógica é o ideal do Estado mínimo; a recusa à política enquanto possível contraponto a uma suposta racionalidade econômica superior.(VIDAL, 2010)

Todos estes, enfim, são componentes centrais tanto do antigo como do novo liberalismo, com o que se poderia concluir que o termo neoliberalismo não passa de mero neologismo e, também, que aqueles que o empregam carecem, inclusive, de uma maior fundamentação teórica para fazê-lo.(VITAL,2010)

Esse debate deixa claro que as ideias neoliberais se utiliza do antigo liberalismo com uma nova roupagem, seus objetivos continuam pautados no favorecimento da burguesia, em detrimento do enfraquecimento dos direitos sociais.O Estado nesse modelo econômico, passa a ser parceiro ativo na aliança com o capital.

A Saúde Mental nesse momento, sofre diversos rebatimentos da política econômica neoliberal, para comprovar tal afirmativa basta observar os decretos, dos anos 90, que se pautavam exclusivamente na reinserção do louco na produção, no mercado de trabalho. Aquele que foi excluído pelo próprio sistema, teria agora, que voltar a labutar.

Sendo assim, o neoliberalismo esgota a dimensão social da reforma psiquiátrica, através da redução das funções redistributivas do Estado para a classe trabalhadora. A focalização e pontualização da política social, tem como consequência, a dificuldade da reforma psiquiátrica em encontrar campo fértil para sua efetivação.

Isso significa dizer que:

O caráter da política social no neoliberalismo obscurece a dimensão social da reforma psiquiátrica, estimulando discursos que supervalorizam a dimensão subjetiva - tida meramente como responsabilidade individual - na saúde mental e relegam a dimensão social a uma condição de subalternidade, a uma mediação quase obsoleta. A organização do Estado no bojo do neoliberalismo, a conformação da política social sob as características da focalização, seletividade e setorialização apontam para um contexto desfavorável à intervenção do assistente social sobre sua “matéria-prima” - a questão social - na saúde mental. A lógica sob a qual se estrutura a política social no Brasil, principalmente sua setorialização, coloca um sério problema para os assistentes sociais inseridos na saúde mental. Portanto, acreditamos que este é o cerne do debate sobre os limites conjunturais do trabalho profissional em saúde mental.[...]O atual contexto minimiza as possibilidades do assistente social responder às expressões da questão social, portanto, o caráter paliativo das políticas sociais e o desemprego estrutural limitam o trabalho profissional à administração da crise estrutural do capital. Esses desafios conjunturais e estruturais colocam a necessidade de novas práticas profissionais potencialmente capazes de romper com a setorialização da política, que, em nossa perspectiva, reproduz a compreensão do ser social fragmentado - e não como totalidade articulada -, e, por isso, é incapaz de atender as demandas postas pelos sujeitos.(ROCHA, 2012, p.48).

Um efeito do avanço do neoliberalismo da maior importância para a reforma psiquiátrica situa-se na política de seguridade social. Com o avanço deste modelo o tripé previdência, assistência e saúde é fortemente abalado, isto é: a) a saúde sofre recorrentes processos de privatizações, a igualdade no atendimento é fortemente violada, a qualidade nos atendimentos é infligida, as terceirizações desresponsabilizam o Estado e dificultam o controle social sobre o mesmo ; b) a assistência social é cada vez mais focada e restrita a setores em pobreza absoluta; c) a previdência social é cada vez mais restrita aos contribuintes e, por outro lado, cada vez mais amplia-se o tempo de contribuição.(BEHRING E BOSCHETTI, 2010)

No contexto neoliberal, assim como no neodesenvolvimentismo²⁵ de Lula e Dilma, a política de saúde mental tem sido reflexo da focalização e seletividade da política

²⁵Castelo(2012, p.2) assinala que a ideologia desenvolvimentista surgiu como uma mistura eclética de diferentes escolas teóricas, a saber, o nacionalismo, o protecionismo industrial, o papelismo e o positivismo. [...] Do ponto de vista político, a primeira experiência desenvolvimentista ocorreu em 1928

pública, essa traz como consequência uma dificuldade de materialização das profissões cuja matéria-prima situa-se sobre as condições objetivas do sujeito. Ou seja, o neoliberalismo efetivado pelo Estado coloca limites concretos ao trabalho profissional crítico e propositivo, e conseqüentemente, incentiva avanços das profissões que tratam a subjetividade na saúde mental em detrimento de uma estagnação das profissões que tratam da dimensão social, isto é, as equipes vêm investindo mais na reabilitação psicológica dos indivíduos.

O trabalho das profissões fundadas na subjetividade exige, na maioria das vezes, mediações que dependem muito mais dos sujeitos envolvidos no tratamento e do profissional e, por outro lado, o trabalho do Serviço Social, fundado na questão social, exige mediações que extrapolam as vontades dos agentes profissionais, isto é, exigem mediações que variam de acordo com a luta de classes que tencionam a construção da política social. Portanto, um traço latente e problemático que precisamos superar na saúde mental é o descrédito relativo às políticas sociais e ao trabalho profissional como mediações fundamentais para a promoção da reabilitação social dos doentes mentais, no contexto do neoliberalismo, da fragilidade das políticas sociais. Embora o Serviço Social tenha se instituído como uma profissão liberal, o assistente social não dispõe dos meios necessários para materialização de suas ações e, neste sentido, esses meios são providos pelos seus empregadores, seja ele o Estado, Terceiro Setor ou o empresariado. A apatia ocasionada pela dificuldade em reabilitar socialmente os doentes mentais no contexto neoliberal tem feito diversos profissionais recorrerem a inspirações sistêmicas para trabalhar questões terapêuticas, como alternativa para o trabalho do assistente social em saúde mental. A hipótese que orienta esse fazer terapêutico no âmbito profissional entende que uma formação profissional referenciada na tradição marxista não nos capacita a atuar na saúde mental. Acreditamos que esta interpretação desconsidera a alienação do trabalho e dos meios de materialização deste trabalho, ou seja, a solução não está no investimento em teorias subjetivistas e sim no aprofundamento das contradições que perpassam o trabalho profissional, não de forma genérica, mas de forma específica em cada política e realidade local. Devemos levar em conta o contexto social e político que demarca as políticas sociais no Brasil, ou seja, as políticas focalizadas, seletivas, restritivas

com o governo Vargas no estado do Rio Grande do Sul.[...] Já o novo desenvolvimentismo surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo.[...] Segundo seus apontamentos, o novo desenvolvimentismo se diferenciaria do nacional-desenvolvimentismo em três pontos: maior abertura do comércio internacional; maior investimento privado na infraestrutura e maior preocupação com a estabilidade macroeconômica.

O Estado teria, então, na perspectiva do neodesenvolvimentismo, o papel de promover as condições necessárias para que o mercado brasileiro passe a compor uma parte importante do sistema econômico internacional. Trata-se de um Estado e de um mercado que sejam parceiros fortes no desenvolvimento econômico. Na outra ponta, o desenvolvimento social seria apenas um resultado desse crescimento econômico, mas, também, pela primeira vez, seu pressuposto, a ser alcançado através, afirma o governo, do fortalecimento dos programas sociais, com amplo destaque- em todos os documentos, com amplo destaque- para os programas de transferência de renda (PBF e BPC) da política de Assistência Social. (SILVA, 2013).

limitam a possibilidade de intervenção do assistente social sobre as múltiplas expressões da questão social, sob a perspectiva de fortalecimento da dimensão social da reforma psiquiátrica. Porém, a solução para esse dilema posto ao serviço social certamente, em nossa compreensão, não está atrelado ao recurso a correntes sistêmicas e terapêuticas como forma de orientação teórico-prática do trabalho profissional. Compreensões como estas resgatam a herança conservadora da profissão, recorrendo a práticas psicologizantes e ao tratamento subjetivo do indivíduo, mistificando nosso espaço sócio-ocupacional.(ROCHA, 2012, p 50-52).

Esse contexto, de acordo com Amarante (2006) aponta para um processo de “Capsização” do modelo da saúde mental, isto é, a construção da política de saúdemental vem investindo na esfera ambulatorial. Cada vez mais, a seguridade social vem se restringido para o deficiente mental ao Benefício de Prestação Continuada e as Residências Terapêuticas são ínfimas e, geralmente transferidas ao terceiro setor.

Por outro lado, as políticas sociais não conseguem, devido à focalização e seletividade, fomentar a intersetorialidade e o atendimento da totalidade das expressões da questão social: se é usuário do BPC não terá acesso às outras políticas e programas de assistências pautados na transferência de renda, colocando sérios limites à reabilitação social dos indivíduos.

Para entender essa dinâmica, é preciso minuciar o terceiro setor, tendo em vista que ele vem assumindo o papel de responsabilidade do Estado, no que se refere à Saúde Mental.

O terceiro setor faz parte de uma estratégia de reforma do capital que divide a realidade social em três esferas autônomas: O mercado, o Estado e a “sociedade civil”, esta última de forma trágica é representada por uma aliança entre esses setores. Todavia, como afirma Montañó (2002), a realidade social não se divide em “primeiro”, “segundo” e “terceiro” setor- essa divisão consiste num artifício positivista, institucional ou estruturalista, que se funda em um conceito abstrato, sem existência real, que é funcional com a ofensiva neoliberal.

Concordamos com Montañó(2002) ao afirmar que os adeptos do Terceiro setor seriam as: organizações não-lucrativas e não-governamentais, instituições de caridade que desenvolvem atividades filantrópicas, ações solidárias, ações voluntárias e atividades pontuais informais. No entanto, essas configurações tem feito com que a sociedade civil desenvolva atividades antes atribuídas ao Estado, o individuo passa a se responsabilizar pelas expressões da questão social que de maneira degradante é provocada pelas próprias contradições do capital.

Portanto, pode-se afirmar que o Terceiro Setor se pauta, em atividades públicas desenvolvidas por particulares (iniciativa pública com sentido privado); desenvolve a função social de responder às necessidades sociais; e assume valores de solidariedade local (auto-ajuda). Isto é, as ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil exercem as funções de responder às demandas sociais, a partir dos valores da solidariedade local, autoajuda e ajuda mútua. (MONTAÑO, 2002).

Sendo assim, no padrão neoliberal de resposta às demandas sociais o que esta em jogo não é o avanço do Terceiro setor, mas as respostas que estão sendo dadas à questão social. O que acontece de forma negativa é que as questões político-econômico-ideológicas se resumem apenas a questão meramente técnico-operativa. Em um sentido conotativo, é tampar o sol com a peneira. As ações são pontuais, emergências, fragmentadas e imediatas, não existe um estudo para além da essência e da aparência, não ultrapassa os limites impostos pela realidade.

Esse Terceiro Setor que em alguns momentos se resume as ONG's, tem se tornado um espaço de atuação do Serviço Social em expansão, todavia, seu direcionamento tem trazido debates sobre os princípios éticos fundamentais do assistente social, já que a um retorno a prática de caridade, a ações pontuais. E no que tange a Saúde Mental, o projeto da Reforma Psiquiátrica tem sofrido diretamente os rebatimentos das Organizações Sociais, a bandeira de luta em prol de um atendimento que visa a concretude dos Direitos Humanos dos portadores de transtornos mentais tem sido substituído por um modelo de responsabilização do indivíduo, que fortalece uma prática profissional puramente clínica.

Para o CFESS(1993), devemos acreditar que a atuação em saúde mental deve pautar-se na “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo”, ou seja, somos éticos e politicamente contrários a tratamentos desumanos, tortuosos, que violam a integridade física e psíquica do doente mental, além de não concordar que o tratamento ao portador de doente mental se resuma apenas a medicalização e as ações pontuais.

Constitui como prática do Serviço Social:

Ser favorável a tratamentos terapêuticos (embora não sejamos nós que devamos realiza-los) e à administração de psicotrópicos que respeitem e fortaleçam a autonomia e a integridade do usuário. É uma tarefa nossa, também, contribuir para “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”. Contribuir para a ampliação da cidadania do doente mental é contribuir para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira e, neste sentido, é investir na luta junto aos

usuários da saúde mental para sua inserção nas políticas públicas, a garantia de direitos sociais, cívicos e políticos potencialmente capazes de contribuir para o exercício da cidadania. Por último, e não menos importante, o “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivo à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” certamente é um desafio e objetivo para o profissional de Serviço Social inserido na saúde mental. Assim, devemos contribuir para a eliminação do histórico preconceito associado à loucura, sob a perspectiva de romper cotidianamente com o ideário do aprisionamento. (CFESS, 1993, p. 17-18).

Ainda na discussão da atuação do assistente social no Terceiro setor, Yazbek(2002) aponta que : no âmbito da solidariedade social, o trabalho se volta para o voluntarismo, e sem dúvida, a filantropia e a provisão assistencial tem sido, ao longo da história, campos de valores como o altruísmo, o solidarismo e a ação voluntária. Esses valores, assim como ação de voluntários, são seculares e estão vinculados a dinamismos confessionais, comunitários e humanitários diversos e heterogêneo. (YAZBEK, 2002, p.177).

Desse modo, o aumento de contratos de assistentes sociais, no âmbito das ONGs, não se apresenta como um espaço sólido para sua atuação. As ONG's, para Andrade (2006, p. 162), somente ampliam sua contratação por uma questão conjuntural: a) A desestruturação proposital do sistema Público/Estatal de Assistência Social; b) Mudanças no financiamento estatal na legislação a estas instituições; c) Aumento da procura por atendimento nas ONGs.

Diante disso, observa-se que o trabalho dos assistentes sociais no Terceiro Setor, possuem elementos de refilantropização e de voluntarismo. De acordo com Faleiros(1996, p.15):

Discute-se a emergência de um reordenamento comunitário, articulado, não tanto à defesa de direitos, mas à prestação de serviços, em parceria com o Estado, que responde ao movimento de transferência de vários serviços públicos para setores comunitários. Esse setor, “chamado de privado, porém público”.[...] vem se expandindo na prestação de serviços, seja com a presença do voluntariado, seja sem ela, no atendimento de certas necessidades da população. Isto não descarta o incremento da iniciativa privada nesses serviços, com o estímulo do próprio Estado em função da política neoliberal de favorecimento do mercado. É nesse processo contraditório de prestação individual de serviços e de articulação coletiva dos sujeitos, de desenvolvimento do terceiro setor e do setor privado, que o Serviço Social precisa encontrar as categorias adequadas para repensar o social e a gestão social. A gestão pode ser

feita com essas populações, apesar do contexto político em que se constringe a fazer política para essas populações.

Nessa situação, uma possibilidade de intervenção profissional sobre a questão social, são as redes. Através dela o assistente social potencializa a possibilidade de responder às expressões da questão social identificadas na vida de cada doente mental, a partir de uma visão de integralidade das políticas e de respostas construídas coletivamente, em rede, com uma direção única.

Contudo, por outra via de análise, as redes setoriais públicas, na atualidade, são permeadas por traços históricos dos órgãos governamentais que no discurso do governo se apresentam como não-governamentais, entretanto, recebe dinheiro do Estado e do setor privado. Isto é, são espaços de disputa de poder atravessados por interesses privados e por estruturas burocratizadas e hierarquizadas. As estruturas organizacionais em nossa realidade ainda se apresentam, em geral, com um formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos, e departamentalizadas por disciplinas ou áreas de especialização (INOJOSA, 1998)

Sendo assim, para concretizar as ações do governo, o mesmo se utiliza da Política Nacional de Assistência Social e da Lei orgânica da Assistência Social para legitimar as redes a favor das associações (do terceiro setor). Concordando com Falconer (1999, p.134), o paradigma do Século XXI, enfrentados por organizações formais é, aos poucos, substituído por um modelo que enfoca a necessidade de articulação de redes.

Mas, como em todo espaço sócio-ocupacional do assistente social existe possibilidade e desafio, cabe nesse contexto de desmonte da política de saúde mental, uma atuação profissional com base na análise crítica, que tenha como direcionamento o projeto de Reforma Psiquiátrica dos anos 1980 e o projeto ético-político. Na qual lute de fato por uma rede de saúde mental intersetorial comprometida com a inserção, a cidadania e o respeito aos usuários de saúde mental. Ademais, que lute para que o terceiro setor deixe de exercer as responsabilidades do Estado.

Depois dessa realidade calorosa, no próximo capítulo esses empasses e possibilidades serão debatidos na cidade de Campina Grande-PB, respeitando o método Marxista, saímos da universalidade, caminhamos pela singularidade e por último vamos a particularidade das configurações da Reforma Psiquiátrica no município-, conseqüentemente, da Política de Saúde Mental, - realizando as devidas mediações.

V. CAP.4 AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

“Porque a história não pode ser esquecida.
Porque o holocausto ainda não acabou.”
(Eliane Brum em Holocausto Brasileiro)

A história da loucura no Brasil, ficou manchada de sangue com as crueldades mineiras do Hospital Colônia de Barbacena. Em pleno ano de 2014, o Brasil aponta para um retrocesso, e em Campina Grande, que um dia foi exemplo na implementação do projeto de Reforma Psiquiátrica, hoje se depara com retrocessos. O hospital psiquiátrico, no município ainda se mantém vivo, e os CAPS²⁶ encontra-se em estados degradantes, suas estruturas são inadequadas para o tratamento dos usuários e os profissionais que atuam nesses espaços encontram diversos dilemas, em especial, o Assistente Social que vive um dilema entre o Código de Ética e suas condições de trabalho.

Diante disso, esse capítulo propõe percorrer a trajetória da Saúde Mental em Campina Grande, focando a inserção do Serviço Social nos espaços destinados a essa temática, ademais será apontando a tendência da política de saúde mental, em um período marcado pela aprovação do projeto de lei de gestão pactuada.

5.1 Formação e trajetória da Saúde Mental em Campina Grande-PB

Desde 1970, o Movimento de Reforma Psiquiatria brasileira vem traçando uma nova perspectiva sobre a loucura, questionando as instituições e os conceitos que as fomentam. Sendo assim, a reforma Psiquiátrica não se resume apenas a ideias de transformação, mas sim a um processo social complexo, que engloba várias dimensões que são simultâneas e interrelacionadas.(AMARANTE, 2006).

²⁶Em uma visita realizada aos CAPS, em especial, ao CAPS III, localizado no Bairro do Centenário em Campina Grande-PB, foi visto as péssimas condições desse espaço de atuação do Assistente Social. Em um primeiro momento, conversando com os profissionais e através de documentos mostrado pela equipe, ficou comprovado que o CAPS III funciona em uma casa alugada pela prefeitura. A mesma não possui condições mínimas de acessibilidade, a estrutura apresenta mofo, infiltração... O Assistente Social não tem uma sala própria, seus instrumentos de trabalho não são compatíveis com o Código de Ética e os usuários declaram que as atividades desenvolvidas são importantes para seu tratamento, mas a estrutura não ajuda. De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS III, constituiu-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, no CAPS III, no que diz respeito à efetivação desses serviços no tratamento para com o portador de transtornos mentais, várias lacunas são encontradas. Um exemplo, é o tempo de serviço ambulatorial, que de acordo com o médico, são reduzidos porque o local não possui condições para manter seus usuários. Diante disso, conclui-se que o manicômio ainda se mantém vivo naquela instituição e o CAPS III, em Campina Grande, está caminhando contra o projeto de Reforma Psiquiátrica.

Diante desse contexto, o município de Campina Grande, localizado no interior do Estado da Paraíba com uma população, de acordo com o último censo realizado em 2010, de 385.276 habitantes, tem sua história da loucura marcada por dois hospitais psiquiátricos o Hospital JoãoRibeiro (ICANERF) e o Hospital Dr. Maia, ambos de médio porte. Através das avaliações realizadas pelo Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares(PNASH)²⁷, os hospitais psiquiátricos de Campina apresentavam indicadores muito ruins e precisava de intervenção. O Ministério da Saúde apontava que o tratamento a dado ao portador de transtornos mentais no hospital João Ribeiro era desumano e portanto, teria que ser descredenciado.

Chegou ao fim o Hospital João Ribeiro inaugurado em 1963. No mês de junho de 2005 foi descredenciado pelo Sistema Único de Saúde- SUS, depois de quarenta anos de uma história marcada por tratamentos agressivos, desumanos e aterrorizantes aos portadores de transtornos.

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, PNASH- Psiquiatria. O programa vem conseguido vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitões de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitões inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população(BRASIL, 2005).

Com isso, na cidade de Campina Grande (Paraíba):

O processo de reorientação da assistência à saúde mental iniciou-se a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, em Brasília. Sob inspiração dessa conferência, foi sancionada, em 30 de dezembro de 2002, a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068/2002, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa. Essa lei dispõe sobre a promoção e a reintegração social do portador de sofrimento mental, como também determina a implantação de ações e serviços que substituam o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos. Convém enfatizar que, logo após o sancionamento dessa lei, foi implantado o primeiro CAPS, do tipo II, em 2003, e o CAPS - AD, em 2004. Com o descredenciamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional do SUS, em 2005, alguns internos retornaram para o convívio familiar; outros foram transferidos para uma clínica psiquiátrica da cidade, e os demais, para as primeiras residências terapêuticas - uma feminina e outra masculina -

²⁷ O PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - criado através da Portaria nº 3.409 de 20 de agosto de 1998, tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

localizadas no bairro do Alto Branco (VELÔSO, FILHO, PINTO, NOBREGA, NASCIMENTO, 2010, p. 2)

Para conquistar esses feitos, foi imprescindível a criação de um fórum de discussão e construção coletiva de soluções. Que se concretizou no I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica (reunindo os 03 estados vizinhos, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco), realizado em Campina Grande n

os dias 19 a 21 de maio de 2005, que avaliou a situação da assistência nos municípios e traçou planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares.

O Núcleo de Formação para a Reforma Psiquiátrica é definitivamente estabelecido na região. Os vários municípios do entorno de Campina Grande passam a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios. Campina Grande é habilitada no Programa de Volta para Casa e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas²⁸. Inicia-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU). Um concurso público é realizado para a contratação de profissionais para os serviços substitutivos. (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (2005, p.56), no relatório de 15 anos de Declaração de Caracas, enfatiza que:

“Os 176 pacientes do Hospital, 38 encontram-se em um Centro de Referência em Saúde Mental (unidade provisória, implementada para substituir as péssimas condições do Hospital João Ribeiro). Todos os outros já se encontram referenciados aos novos serviços substitutivos implementados (03 Residências Terapêuticas), e aos CAPS do município ou da região. Em cerca de um ano, Campina Grande mudou radicalmente sua rede de atenção à saúde mental e investe em novos serviços na região, em benefício dos direitos dos pacientes.”

Durante este período, o processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina Grande mobiliza os gestores do SUS para as construções de novas soluções para as demandas de saúde da região, mobiliza a comunidade local para a

²⁸São casas, locais de moradia para pessoas que permaneceram por longos períodos de internações psiquiátricas e que ainda não estão aptas a retornar às suas famílias. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela portaria GM nº 106 de fevereiro 2000 e são parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Estão inseridas no SUS são consideradas centrais no processo de Desinstitucionalização dos egressos dos hospitais psiquiátricos. São mantidas com os recursos que antes eram destinados aos leitos psiquiátricos.

Reforma Psiquiátrica e muda efetivamente a qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população.

Dessa forma a efetivação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande exigiu muita agilidade no processo de superação do modelo hospitalocêntrico e a concomitante implantação (a passos rápidos) da rede substitutiva, que garantisse o cuidado, a inclusão social, que garantisse que o fechamento de um hospital psiquiátrico não gerasse a desassistência.(SILV A, 2010, p.3).

Em 2002 o município cria sua legislação própria – lei 4.068 sobre a atenção em liberdade, fixando diretrizes sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de transtorno mental, onde determina a implantação de ações de Serviços de Saúde Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, de acordo com o descrito na Lei 10.216.

No que se refere aos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde determina a implantação do Caps AD-serviço especializado na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, previsto para cidade com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, devido a localização geográfica ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem desse serviço, para atender as demandas de saúde mental(BRASIL,2005).

Baseando-se em dados do Ministério da Saúde em concordância com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, os CAPS existente no município são:do CAPS II “Novos Tempos”, CAPS III “Reviver”, CAPS AD, CAPS infantil (Viva Gente e CAPsinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce). CAPS de Galante eCAPS São José da Mata, ao todos são sete CAPS. Na base dotratamento destinados aos usuários de saúde mental se encontra a Estratégia Saúde da Família.

Ademais,

[...]Atualmente, existem seis Residências Terapêuticas na cidade: duas no bairro do Alto Branco, duas no Bairro das Nações, uma no bairro do Cruzeiro e uma, no Centro. Três dessas residências são masculinas, uma localizada no Bairro das Nações, outra no Cruzeiro e outra no Centro; uma é mista, localizada no Bairro das Nações; e duas são femininas, localizadas no bairro do Alto Branco. Todas as residências têm, em média, oito usuários e, em todas as casas, há seis cuidadores, com exceção da Feminina I, que dispõe de oitocuidadores.(VELÔSO, FILHO, PINTO, NOBREGA, NASCIMENTO, 2010, p. 2)

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamento da saúde, estas casas devem ser capazes de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospital psiquiátrico e de auxiliar moradores em processo de reintegração na

comunidade. Nesse contexto, é importante mencionar os Direitos Humanos desse usuários, os direitos de morar e de circular nos espaços, o direito de serem respeitados em sua singularidade, particularidade e totalidade. Essa residência devem está de acordo com o projeto de Reforma Psiquiátrica, como parte integrante de uma rede de saúde mental.

Para o Ministério da Saúde(2005) cada Residência Terapêutica deve acolher no máximo (8) oito moradores. Esse número de moradores recomendado pelo Ministério da Saúde, atualmente no município de Campina Grande triplicou. Isso aponta para um grande desafio enfrentado pelo Município referente ao percurso da saúde Mental.(BRASIL,2005)

Outro desafio pertinente está relacionado ao Programa de Volta para Casa(PVC)²⁹, a grande maioria dos possíveis beneficiários, não possuem a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de nascimento, carteira de identidade, entre outros.

Esmiuçando como vem se dando o caminho percorrido pela saúde Mental no Município, nos deparamos com irregularidades e descasos por parte dos nossos governantes. As estruturas e as condições de trabalho nos locais destinados a saúde Mental não estão de acordo com o projeto de Reforma Psiquiátrica. Se um dia o município foi pioneiro no assunto, hoje ele assumiu outra direção.

No CAPs II Novos Tempos, o objetivo é prestar serviços as pessoas portadoras de” transtornos mentais”, oferecer atendimento interdisciplinar, buscando a reintegração dos seus usuários com sua família e a sociedade. Todavia, o CAPS II não conta com uma estrutura adequada que propicie tais objetivos.(BRASIL,2010)

O CAPs III Reviver de Campina Grande atende indivíduos adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais leves, moderados e crônicos, e dá suporte as STRs, comporta por uma equipe multidisciplinar. Entretanto, observa-se que as internações que deveriam ser realizadas no Caps III, devido à estrutura do local não

²⁹Criada pela lei federal 10.078, encaminhada pelo presidente LuizInácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma de muitas reivindicações histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro. O objetivo do Programa é contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em Hospitais Psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00(duzentos e quarenta reais) aos seus beneficiários(BRASIL, 2005)

possuir condições mínimas para atender os casos graves que necessitam de internação, os usuários são encaminhados para as residências terapêuticas e para o hospital Dr Maia. Sendo assim, é visível que o modelo hospitalocentrico ainda se mantém em plena atividade no município e nas condutas de alguns profissionais.(BRASIL,2010)

O CAPs i Viva Gente, foi o primeiro centro de atenção psicossocial Infanto-Juvenil criado em Campina Grande, caracterizado como um serviço que se destina ao acompanhamento terapêutico a crianças, adolescentes e seus familiares. As atividades desenvolvidas no local são: oficinas, artesanatos, atendimento aos usuários e seus familiares. (BRASIL,2010)

O CAPs i- Centro Campinense de Intervenções Precoce, mais conhecido como CAPsinho, preconiza o atendimento a crianças de zero a sete anos, em especial, busca a prevenção de distúrbios psíquicos graves. Seu público alvo são as crianças que apresentam transtorno do desenvolvimento, em aspectos neuro-psicomotor.(BRASIL,2010)

O CAPs ad direciona-se para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, de ambos os sexos a partir dos doze anos de idade.(BRASIL,2010)

O caminho atual adotado pelo Município de Campina Grande sobre a política de saúde mental, não tem avançado. Podemos observar queo hospital psiquiátrico ainda permanecem com uma boa fatia do orçamento em Saúde Mental e as regiões circunvizinhas têm dificuldade em ter acesso a determinado serviço.

Outro entrave é quanto à formação de recursos humanos que superem o antigo estigma de tutelamento da loucura. Muitas vezes, os trabalhadores da Saúde Mental também se veem desmotivados pelas péssimas condições de trabalho, baixa remuneração e contratos de serviço precários.

Para Bezerra Júnior(2001, p. 148) a primeira análise feita é sobre as precárias condições de trabalho a que são submetidos os profissionais na rede pública. O pouco tempo destinado a uma consulta, resulta em um péssimo atendimento. “Os psiquiatras, por exemplo, acabam se resumindo aos medicamentos, na verdade a maioria não atendem.

A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilita uma evolução do caso, e o círculo vicioso vai cronificando médico e paciente neste simulacro de tratamento”. Residência terapêutica central.

Além desse impasses, percebe-se que a Política de Saúde Mental no município não está articulada como uma rede intersetorializada, ou melhor, a partir do momento que os serviços não se articulam, não existe redeintersetorial, os serviços são realizada de formas separa, as Unidades Básicas de Saúde(UBS)³⁰ não se articulam com os demais componentes que deveriam fazer parte de uma rede de atenção a saúde mental.

Isso significar dizer, que o SUS se organiza como uma pirâmide, pelo fato de funcionar como processos de verticalização de cima para baixo, ou vice-versa. Não funcionam como um conjunto de ações que transversalmente se articulam. Essa conjuntura tem fortalecido ações e intervenções profissionais pontuais e imediatistas.

Do outro lado da moeda,- depois de todo esse retrocesso na política de Saúde Mental no município de Campina Grande-, existe uma bandeira em luta em prol dos direitos referentes à Saúde do Município, que visa combater essa ameaça de desmontes dos direitos já conquistados. Nos referimos ao Fórum em Defesa do SUS-Campina Grande.

O fórum é constituído por sindicatos, movimentos sociais, partidos, grupos de pesquisa e demais entidades que tem o objetivo de unificar as lutas e articular ações em defesa do Sistema Único de Saúde, da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado e contra a mercantilização e privatização da saúde. A bandeira principal, no contexto em que se apresenta, é a defesa do Sistema único de Saúde integralmente

³⁰ Como estagiaria das UBS, no bairro Três Irmã, cidades I e II e bairro cruzeiro, desenvolvi um projeto de intervenção no bairro das Cidades I, cujo objetivo era fortalecer ações coletivas de educação em saúde. Nessas ações, percebemos que ao se tratar de saúde mental as pessoas tinham muitos tabus, preconceitos, estereótipos... mesmo sendo um usuário de saúde mental. Nunca ouviram falar em Reforma Psiquiátrica, não sabiam quais os tipos de CAPs existente no município. Foi encontrado diversas lacunas, que tem impossibilitado com que o movimento de Reforma Psiquiátrica se mantenha firme na luta em prol da saúde mental no município, falta conhecimento. Depois de seis meses de realização do projeto de intervenção, concluímos que a UBS não atua de forma integral com os outros serviços de saúde mental da cidade. Os encaminhamentos são realizados, mas o acompanhamento com usuário não é realizado. A partir do momento que os usuário passam a participar do serviços prestado pelo CAPs, as UBS deixam aquele usuário restrito apenas ao Caps. Não existe projetos intersetoriais entre as UBS e os demais serviços que fazem parte da Política de Saúde Mental. As ações profissionais, em especial, as ações da Assistente Social é pontual e imediatista, o objetivo tem sido apenas responder as demandas de urgência que chegam até a unidade.

público, gratuito, estatal, sob controle social de trabalhadores e usuários conformidade com o projeto de Reforma Sanitária, no anos de 1980.(FORUM EM DEFESA DO SUS, 2014).

Em decorrência de um processo de privatização da saúde, o Fórum é contrário ao modelo de gestão privatizante: Organizações Sociais(OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público(FEDP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares(EBSERH.) O fórum defende que a Saúde é um direito, não é mercadoria(FÓRUM EM DEFESA DO SUS, 2014)

Embora a bandeira principal do Fórum tenha sido contra a EBSERH, mas em meio a um processo de contrarreforma do Estado, são sujeitos políticos coletivos que ainda lutam para barrar os ataques advindo do Estado.

No que se refere àSaúde, o Fórum conseguiu barrar aLei de Gestão Pactuada (Lei nº 5.277/2013) do Município de Campina Grande-PB, isto é, a lei foi sancionada, mas não foi efetivada. A 'Lei da Gestão Pactuada' permite que ocorra a terceirização dos serviços municipais de saúde,por meio de parceria com Organizações Sociais (OS).

Estas são instituições privadas que gerenciam serviços públicos de saúde a partir do financiamento realizado pelo Estado. Isso significa que os serviços públicos passam a ser geridos a partir da lógica do mercado que se apropria dos recursos doEstado para utilizar para fins privados.

Neste momento, os neoliberais discutem a questão do problema de gestão e lança o modelo da Nova Gestão Pública (NGP). Este modelo tem por objetivo a aplicação dos seguintes mecanismos: uma administração pública voltada para resultados (metas); um modo plural de governança, ou seja, possibilitar os contratos entre o Estado e a iniciativa privada; e flexibilização da gestão burocrática.(FÓRUM EM DEFESA DA SAÚDE, 2014).

É nesse contexto, que apontamos como ameaça para saúde mental as Organizações Sociais, ademais, as comunidades terapêuticas- que representa um desmonte dos ideias da Reforma Psiquiátrica. O processo de desinstitucionalizaçãodo Hospitais Psiquiátricos tem perdido espaço e os serviços que deveriam ser prestados pelos CAPs e as Residências Terapêuticas estão sendo substituídas pelas Comunidades Terapêuticas. Se dentro de uma rede de saúde mental já existem fragilidades,

imaginemos dentro de um processo de privatização, na qual o única beneficiada é a burguesia.

No que diz respeito à prática profissional, os rebatimentos expressivo se apresentam para o Serviço Social, que passa a entrar em conflito com seu código de ética, esses espaço buscam profissionais tecnicistas com condutas terapêuticas.

Teixeira, (2004, 24-25) afirma que:

Os assistentes sociais clínicos têm as suas práticas voltadas para o atendimento de indivíduos, grupos, famílias que, por diversas razões, não tiveram suas necessidades atendidas, sofrem psicologicamente e vivem em situações concretas de exclusão e abandono. São constantemente solicitados para intervirem nos conflitos familiares, nos conflitos comunitários e interpessoais, em situações que envolvem crianças e adolescentes desprotegidos ou desfavorecidos. Também atuam nas questões de dependência química, de abuso sexual, de violência doméstica, nos campos da saúde, da educação, da reabilitação, no campo sóciojurídico, empresas e tantos outros.

O CFESS(2014, p.4) em nota pública em sua página, afirma que repudia qualquer conduta terapêutica, e analisa que:

O objeto do trabalho profissional das práticas terapêuticas elenca a reintegração social, a ação com indivíduos, grupos, famílias em situações de crise, de sofrimento psicossocial, de risco pessoal e/ou social, refere à competência, seriedade e ética. Assistentes sociais que compõem este grupo, ou possíveis apoiadores, valem-se de argumentos como a insuficiência dos paradigmas para lidar com a subjetividade, a defesa do pluralismo na profissão, da possível convergência entre a clínica e o político, do reconhecimento do caráter terapêutico do exercício profissional”.

Além disso, o CEFSS(2014,p.4) defende que:

“o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, deve ser realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), não por Comunidades Terapêuticas”.

É diante desses dilemas que se encontra o(a) Assistente social, por tais motivos, o próximo tópico tratará sobre a atuação do assistente social nos espaços sócio-ocupacional da saúde mental.

5.2 A atuação do Assistente Social nos Espaços destinados a Saúde Mental

O Serviço Social está inserido nas organizações de tratamento psiquiátrico no país desde a década de 40. O que tem diferenciado sua atuação profissional³¹ tem sido seu aporte teórico- metodológico, ético-político e a utilização do instrumentais técnico operativo.

Contudo, o que se tem observado no Brasil de acordo com Robaina(2010, p.3)

É uma tendência à hegemonia dos saberes psi, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo como grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial... o próprio processo de cuidado ao usuário parte do que é chamado de "projeto terapêutico". Outro indicador dessa hegemonia é a direção proposta ao trabalho realizado nos serviços substitutivos, em que os supervisores de equipe são majoritariamente psicólogos ou psiquiatras com formação psicanalítica. Tal evidência pode ser explicada em virtude de um forte apelo da Reforma para a atenção à subjetividade em contraposição à massificação/padronização do modelo asilar. Não menos importante é a questão da estratégia de financiamento dos CAPs regulados por procedimentos, com valores desnivelados entre eles, que, no limite, impõem o risco da lógica produtivista, além de forjar uma exigência institucional de priorização de determinadas atividades, como as oficinas terapêuticas, a todos os profissionais. Em consequência, verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para um modelo psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual. Obviamente, esta afirmação não tem o propósito de desqualificar a matéria de que se ocupa as profissões do campo psi, mas de problematizar essa abrangência, bem como o quanto de perspectiva emancipatória pode estar contida no trato de uma dimensão das relações sociais esvaziada de seus determinantes macrossocietários.

Esse contexto para Robaina(2010, p.4), tem demonstrado que existe dois tipos de atuação profissional do assistente social na espaços destinados a saúde mental:

- 1- É uma atuação profissional pautado em atividades "clínica", que se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa "crise de identidade" do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental

³¹ A atuação do Serviço Social em Psiquiatria no Brasil tomou vulto (em termos de grande número de profissionais na área) no contexto do Movimento de Reconceituação, em que predominavam as metodologias oriundas do desenvolvimentismo, da fenomenologia e do marxismo. Na época, as universidades públicas e católicas de Serviço Social com pós-graduação apresentavam uma hegemonia das teorias provenientes da tradição marxista, em que a produção teórica se voltava para refrações mais evidentes da "questão social". (...) mas não houve ênfase no desenvolvimento e publicação de textos de Serviço Social em Saúde Mental para a situação brasileira, o que resultou em um vazio metodológico.(BISNETO, 2009: p.45).

da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!

- 2- É aquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. Neste particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social têm colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social.

Diante disso, tem sido colocado ao Serviço Social (embora não seja exclusivo da profissão) o trabalho junto às famílias. “Mesmo quando a equipe constata que todo o núcleo familiar demanda atenção interprofissional, via de regra, cabe ao Assistente Social à sensibilização e a articulação da família para os atendimentos”. É essa demanda que tem demonstrado para o(a) Assistente social, uma lacuna presente na formação profissional, poucos são os cursos que abordam o debate sobre a Reforma Psiquiátrica e atuação específica na Saúde Mental.

Na Universidade Estadual da Paraíba, através de pesquisas realizadas pela professora Lúcia Patriota e os demais pesquisadores de seu projeto, verificou-se que a Saúde Mental não é abordada no currículo de Serviço Social³².

Essa lacuna na formação profissional tem trago seus rebatimentos para atuação profissional, o imediatismo e o pragmatismo torna-se recorrente. Em uma formação que tem um currículo em concordância com as diretrizes curriculares da ABEPSS, o trabalho do(a) Assistente Social se baseia na interdisciplinaridade, que para Vasconcelos(2000, p.47):

³² Para um maior um maior aprofundamento ver :EULÁLIO, Maria do Carmo; LIMA, Gerbson da Silva; PATRIOTA, Lucia Maria; SILVA, Mayara Duarte da. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre: Cortez, v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010.

É o contrário da multidisciplinaridade, em que profissionais de diferentes áreas trabalham num mesmo espaço, mas isoladamente, a interdisciplinaridade se caracteriza pela troca de saberes e horizontalização das relações de trabalho entre os profissionais. “Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais.”

A interdisciplinaridade, segundo Pires, aparece para promover a superação da super especialização e da desarticulação teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade. A integração teoria e prática³³ de que trata a interdisciplinaridade refere-se à formação integral na perspectiva da totalidade. O pensamento crítico que inspira esta discussão leva ao aprofundamento da compreensão sobre esta relação, colocando como de fundamental importância a definição da prática que se pretende relacionar à teoria.

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2009, p.47)

Sendo assim, o(a) Assistente Social deve ser capacitado para articular sua análise para além da aparência como os serviços de Saúde, intervindo nos fenômenos sócio-culturais e econômicos que interferem na eficácia dos programas de prestação de serviços de saúde.

Assim de acordo com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde cabe ao Serviço Social através da articulação com outros segmentos que defendem o SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que efetivem o direito social à saúde, tendo como norte o projeto ético político da profissão.

Dessa forma, os(as) Assistentes sociais devem atuar em quatro grandes eixos, conforme explicita os Parâmetros Atuação dos(as) Assistentes Sociais na Saúde, são

³³Dentre as correntes filosóficas apropriadas pelo Serviço Social que expõem o problema da teoria e prática, nos deteremos ao positivismo e ao marxismo. Para a primeira corrente filosófica a relação teoria e prática são vistas como opostas. Já o marxismo compreende a teoria e prática como momentos distintos, mas que estão ligadas como uma unidade dialética, dessa forma não há dicotomia entre as mesmas, esta última trouxe grandes contribuições para o Serviço Social, permitindo um amadurecimento intelectual da categoria.(CUNHA e SILVA, 2014, p. 2)

estes: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional

É sobre a discussão da intervenção profissional e o projeto ético-político da profissão que Moreira(2006) argumenta que:

A consolidação e a efetivação do projeto ético-político profissional na prática profissional cotidiana dos assistentes sociais é, sem dúvida um dos maiores desafios para os sujeitos políticos identificados com esta perspectiva teórico-metodológica na atualidade. A efetivação do projeto ético-político profissional, contudo não depende somente da qualificação e do compromisso individual do assistente social: requer o compromisso da categoria como um todo, exige organização política e análise crítica da realidade para compreensão do momento histórico no qual vivemos e suas implicações para o exercício profissional, exige construção de ações que levem à superação do quadro macro-societário. (MOREIRA, 2006, p. 91).

Por outro lado, sabemos que essa prática profissional tem sido fortificada pelas péssimas condições de trabalho, pelos baixos salários- que obriga o profissional a trabalhar em outras localidades, isso resulta em um Assistente Social sobrecarregado, que não conseguiu realizar um trabalho comprometido com o código de ética-, pela burocratização dos serviços, pela falta de recursos e investimento por parte dos órgãos responsáveis-, falta materiais mínimos para realização das atividades.

Assim sendo, para Yamamoto(2008):

[...] o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a uma série de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. (IAMAMOTO, 2008,p. 424).

Mas, não podemos deixar que essas lacunas presentes tanto na formação, como na prática profissional do Serviço Social fortifique uma direção conservadora. Como possibilidade, é preciso que a intenção de ruptura com o conservadorismo se mantenha como bandeira de luta da profissão.

É necessário projetos pedagógicos que tenham como referência as diretrizes curriculares da ABEPSS. Uma formação profissional comprometida com o projeto ético-político possibilita para o profissional articular os instrumentais técnicos-operativos, teóricos-metodológicos e ético-político, além disso, facilitar o fortalecimento de uma prática profissional crítica, visando ir além da aparência das demandas.

5.3 A Política de Saúde Mental no contexto da Gestão Pactuada

No Brasil a conjuntura do aprofundamento da dívida externa, a explosão de juros e taxas inflacionárias juntamente com a dificuldade na formulação de políticas

econômicas, criou espaço para que as medidas de ajuste neoliberal se apresentassem como solução para o alcance econômico do país (BORLINI, 2010).

Como apontado por Borlini (2010) inicia-se um reconfiguração das políticas do país, estas sob jugo de capitais externos e ditames de órgãos como FMI e Banco Mundial, com redução drástica nos gastos com a área social; e o do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade, e descentralização trinômio do ideário neoliberal.

Em concordância com o Banco Mundial, o Estado brasileiro atualmente, fortalece o processo de privatização da saúde através do terceiro setor, representado pelas OSs. Lei de gestão pactuada)

A Medida Provisória nº 1591, de 1997, definiu as Organizações Sociais como instituições de direito privado sem fins lucrativos, que seriam parceiras do Estado, podendo abranger as atividades não exclusivas do Estado, como ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde, isto é, o Estado passa a adotar uma perspectiva de racionalização do gasto público, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador, transferindo para a esfera privada as atividades que antes eram suas. Evidencia-se, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade por consequência do desemprego estrutural, o sucateamento da saúde e da educação. (BRAVO, 2009). Em 1998 é aprovada a Lei 9.637 que regulamenta as OSs.

Isso significa dizer, que a participação da iniciativa privada deveria acontecer de forma complementar ao SUS, todavia, o que se observar é que a rede privada acabou se apropriando do sistema de saúde nos municípios e estados que criaram as condições de existência das OSs. “O que ocorreu, de fato, com as terceirizações previstas na Lei das OSs foi a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada” (LAIZO, 2009).

Diante disso, o município de Campina Grande, na gestão de Romero Rodrigues passou a defender um projeto de lei de Gestão Pactuada, cujo o objetivo central é as parcerias com as Organizações Sociais.

A elaboração de tal utiliza como referência as principais leis que são apontadas como ataques privatizantes que permitem a implementação do gerenciamento, a maioria delas são formuladas no governos de FHC e são efetivas nos governos do PT. São essas de acordo com Laizo(2009):

- a) Lei 8.031 de 1990 - Que institui o programa nacional de desestatização, isto é, permite a ampla privatização das empresas estatais ;
- b) Lei 9.041 de 1997 – Que institui as agências executivas, flexibilizando as relações de trabalho dentro de atividades ainda consideradas totalmente estatais;
- c) Aprovação da Medida Provisória nº 1591 de 1997- Que define as Organizações Sociais;
- d) Aprovação da Medida Provisória nº 19 de 1998- “ Que modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.(EC 19/98)
- e) Lei de 9.937 de 1998- Que institui as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação;
- f) Lei 9.790 de 1999- Que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip);
- g) Lei 9.801 de 1999- Que trata da exoneração de servidores públicos por excesso de despesa;
- h) Lei Complementar 101 de 2000 ou Lei de Responsabilidade Fiscal- Que impõe limites de gastos com pessoal para cada esfera do governo e reforça a contratação através de empresas terceirizadas.
- i) E no governo Lula cria-se o Projeto de Lei Complementar 92 de 2007, que busca a regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privada.

De acordo com Laizo(2009, p.6) a partir da legislação formulada, as Organizações Sociais ao gerenciar um serviço público podem:

- a) Contratar trabalhadores através do regime CLT, ou seja, sem concurso público. Esta é uma forma de acabar com o direito de estabilidade no emprego, algo próprio do funcionalismo público. Os trabalhadores ficam a mercê das verbas transferidas pelo governo para as OSs, e também dos jogos

políticos que envolvem o contrato. Caso haja corte de verbas, o contrato seja cancelado, ou exista qualquer outro interesse da OS, muitos trabalhadores podem ser demitidos de uma hora para outra. Além disso, o regime CLT amplia a competição entre os próprios trabalhadores, os quais sempre estão pressionados a se sujeitar aos interesses do empregador e não necessariamente do serviço. O regime CLT, também aprofunda a divisão entre os trabalhadores, já que existem funcionários públicos e celetistas trabalhando juntos, os quais possuem necessidades e interesses muitas vezes diferentes. Ademais, os celetistas possuem maior dificuldade em lutar por seus direitos, já que podem ser facilmente demitidos. Por fim, uma última questão com relação ao regime CLT, é que este tipo de contratação permite o “empreguismo” e o favorecimento político;

b) Os servidores públicos podem permanecer no serviço quando a OS passa a gerir o mesmo, mas deve-se salientar que estes servidores passam a desenvolver atividades para o setor privado.

c) As OSs, a partir do contrato de gestão, recebem recursos orçamentários do governo. No entanto, mesmo as OSs sendo instituições privadas, as mesmas não necessitam de licitação.

d) Não há algo que regulamente as compras e contratos feitos pelas OSs, ou seja, estas instituições podem usar o dinheiro público da forma que quiserem.

e) A OS não necessita prestar contas sobre seus processos de contratação e aquisições de bens e serviços a nenhum órgão de controle da administração pública, já que estas são atribuições do Conselho de Administração, composto por membros que em sua maioria é indicado pela própria OS. Desta forma, pode-se constatar a falta de transparência no uso de recursos públicos pela OS.

E nessa conjuntura de se adequar a privatização da saúde que se encontra o município Campina Grande.

A lei de Gestão Pactuada Lei nº 5.277/2013 que foi revogada mas não foi efetiva, em seu Artigo 1º e Artigo 13º afirmam: (tirar análise das leis)

Art 1º Fica instituído, no município de Campina Grande, o Programa de Gestão Pactuada, visando a disciplinar a atuação conjunta dos órgãos e entidades públicas, das entidades qualificadas como Organização Social e das entidades privadas, na realização de atividades públicas, mediante o estabelecimento de critérios para sua atuação, qualificação e de mecanismos de coordenação, fiscalização e controle das atividades delegadas, nos termos da Lei Federal nº 9.637 de maio de 1998. Como objetivos do Programa de Gestão Pactuada pode-se destacar: inciso I- assegurar a prestação e serviços públicos específicos com autonomia administrativa e financeira, através da

descentralização com controle de resultados; II- garantir o acesso aos serviços pela simplificação das formalidades e implantação da gestão participativa, integrando a sociedade civil organizada. III- Redesenhar a atuação do município no desenvolvimento das funções sociais, com ênfase nos modelos gerenciais flexíveis e no controle por resultados, baseado em metas e indicadores de desempenho; e IV- Possibilitar a efetiva redução de custos e assegurar transparência na alocação e utilização de recursos.

Art. 13º Para os efeitos desta Lei, entende-se por Contrato de Gestão o instrumento firmado entre o Poder Público Municipal e a entidade qualificada como Organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art 2º desta lei.

Dessa maneira, as Organizações Sociais são instituições privadas -de acordo com interpretação da lei de gestão pactuada-, gerenciadas por serviços públicos de saúde a partir do financiamento ofertado pelo Estado. Isso significa dizer que os serviços públicos estão sendo geridos pela lógica do mercado, na qual as ONG's passam a receber financiamento público do Estado para fins privados.

Com essa lei, e especificamente nesse artigo, as Organizações Sociais passam a realizar atividades antes exercida pelo Estado, seja através de atividades de coordenação e/ou fiscalização, ou de atividades filantrópicas. Como o Estado busca um desenvolvimento econômico, com foco no social e no liberalismo do mercado econômico, o mesmo passa a assumir um discurso de falência dos recursos públicos, passando assim suas funções para as Organizações Social, nelas o individuo assumi a responsabilidade para si. Resumidamente, os incisos apontam para um acordo entre o Estado e o mercado, na qual o objetivo central são as metas.

A grande ameaça desse processo de privatização, conseqüentemente, dessa lei de gestão pactuada para a saúde, em especial a saúde mental são as comunidades terapêuticas, que foram criada para solucionar as mazelas sociais que estavam incomodando a burguesia. São Comunidades que não fazer parte do Sistema único de Saúde, mas que exercem a função de uma rede integral de saúde mental, pesquisa apontam que elas mantem condutas desumanas, que ferem os Direitos Humanos e o projeto de Reforma Psiquiátrica.(CEFESS,2014)

Os serviços que deveriam ser prestado pelos CAPs estão sendo substituído por Comunidades Terapêuticas, isso fere o principio da Integralidade, da igualdade,

da regionalização e da participação social. A prática profissional é hospitalocêntrica, as condutas para “atrair” seus “pacientes” são agressivas e invasivas. Isso tem levado ao desmonte da política de saúde mental. (CEFESS, 2014)

Outra ameaça, é o terceiro setor que passa a gerenciar a política de Saúde Mental. Como se trata de um processo de privatização, essas organizações têm os objetivos voltados para obtenção de lucro. Isso significa afirmar que elas defendem uma saúde mental com foco no hospital. Ademais, o Estado passa a não custear a Rede de atenção à rede de atenção à saúde mental e deixa a responsabilidade para o setor privado. (CEFESS, 2014)

Quem tem pago a conta sobre as consequências desse modelo de gestão tem sido a classe trabalhadora, trata-se de um desmonte dos direitos sociais.

Esse contexto tem configurado um limite na intervenção dos assistentes sociais, limite esse que não é característico apenas na área da saúde mental, mas em todas as esferas onde se concretiza a política pública. Os poucos recursos financeiros nas políticas públicas são resultado de uma política social idealizada por uma direção neoliberal, preconizada pelo capital.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho tem como objetivo central contextualizar a trajetória da política de saúde mental como um campo de intervenção do assistente social no contexto nacional e na particularidade do município de Campina Grande-PB, como objetivo específico situamos a trajetória da política de saúde mental dentro de um processo de contrarreforma do Estado que tem implicado em um modelo de gestão pautado no fortalecimento do “Terceiro Setor”, cujas inflexões tem sido cruciais para política de Saúde Mental. A contrarreforma do Estado tem se fortificado a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, trata-se de um desmonte dos direitos sociais, tendo em vista os cortes realizados na Seguridade Social.

Nesse contexto, o “terceiro setor” é visto como uma estratégia do Estado em transferir suas responsabilidades para indivíduo, o objetivo é buscar enxugar ao máximo os gastos trabalhistas. O Terceiro setor significa uma “terceira via” do Estado para

responder as sequelas da questão social, esse terceiro setor tem se efetivado através das organizações sociais - que buscam parcerias com organizações públicas e privadas.

Um rebatimento do Terceiro setor para os profissionais que atuam nesses setores tem sido a relação de trabalho, como se trata-se de organizações públicas de direito privado, o trabalhador é submetido a um ambiente de trabalho sem condições mínimas de estrutura, a flexibilização e a rotatividade da mão-de-obra torna-se algo frequente e o objetivo da prática profissional tem se voltado para filantropia e o voluntarismo.

Desse modo, a política de saúde mental no terceiro setor tem se apresentado nas comunidades terapêuticas - que para o governo são instituições privadas, sem fins lucrativos, todavia, sabemos que são financiadas, pelo poder público. Essa conjuntura, fere diretamente os princípios da integralidade e da universalidade do Sistema Único de Saúde, por entendermos que o tratamento dos usuários de saúde mental devem ser realizado no SUS.

Portanto, mais do que uma “desordem mental”, a Saúde Mental também é uma das manifestações da Questão Social, seja como produto das desigualdades produzidas pelo modo de produção capitalista e política de enfrentamento formulada por tal sociedade, seja como manifestação das classes subalternas por melhores condições de vida.

Dessa maneira, como a manifestação da Questão Social é a matéria prima do Serviço Social isso torna legítima e necessária à inserção da profissão na Saúde Mental. O(a) Assistente Social é o profissional capacitado para fazer as conexões entre as relações sociais e o sofrimento psíquico, visando os direitos dos usuários de saúde mental. Assim sendo, observa-se um forte entrelaçamento entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Entretanto, com o fortalecimento do Terceiro Setor desencadeado pela privatização da saúde, a prática profissional voltada para o imediatismo exigida por esses setores tem implicado em um desmonte tanto do projeto de Reforma Psiquiátrica, como do Projeto ético-político do Serviço Social.

Esse processo de privatização ganha força na conjuntura do município de Campina Grande-PB, o município aponta para um processo de desmonte das políticas sociais que se efetiva na lei de gestão pactuada. Essa lei tem o objetivo de legitimar às

organizações sociais, transferindo a reponsabilidade do município perante as políticas sociais para essas organizações. A lei de gestão pactuada foi aprovado, contudo, não foi revogada devido à luta constante do Fórum em defesa do SUS de Campina Grande.

É diante de uma realidade dividida em três projetos societário-, o projeto que busca a efetivação da Reforma Psiquiátrica em sua plenitude, o projeto que defende a privatização da saúde e o projeto que busca uma “terceira via”- , que se encontra a saúde mental tanto no âmbito nacional, como na particularidade do município de Campina Grande.

Como o cotidiano é rico em possibilidades, é preciso com criatividade e criticidade desenvolver um trabalho competente e engajado com a luta da classe trabalhadora. Como possibilidade apontamos uma rede de atenção à saúde mental que vise a integralidade do atendimento ao usuário de saúde mental e o fortalecimento de romper com um passado conservador do Serviço Social e da sociedade.

Por fim, esperamos que as conclusões desta pesquisa tenham sido capazes de provocar a criação de estratégias, sobretudo do ponto de vista ético-político e teórico-metodológico, para o enfrentamento dos desafios do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.

VII. REFERÊNCIAS

AIVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. IN: Comunic. Saúd, Educ, v.10, n 2, p. 229-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, Paulo. A Luta Antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma Psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. Rumo ao Fim dos Manicômios. Revista: Mente & Cérebro, Setembro de 2006.

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

_____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiatria no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. “Novos Sujeitos de Direito: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica”. In: Cadernos de Saúde Pública, 1995, nº11. Fiocruz, Rio de Janeiro.

_____. - Psiquiatria Social e Reforma Psiquiatrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____ e ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Benilton Bezerra e Paulo Amarante (org.). – Rio de Janeiro: Relume: Dumará, 1996.

_____ ; TORRE, Eduardo H. História da loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: v.13, n.1, p.11-26, 2001.

ANDRADE, M. T. M. ; MEDEIROS, E. M.; PATRIOTA, L. M. . A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSi (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande/PB. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 2, p. 47-59, 2010.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos* – S. Paulo, Cortez, 2001 (Biblioteca básica de serviço social; v.4).

BEHRING, Elaine. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo, Cortez, 2003.

_____. BOSCHETTI; I. *Política social: fundamentos e história* 9ed. – São Paulo: Cortez, 2010. P.147-149 (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BISNETO, José Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano XXVI, n.82, p.110-129, jul. 2005.

_____. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática/ José Augusto Bisneto*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2007

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BICHAFF, Regina. *O trabalho nos centro de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação (mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BORLINI; L, M. Há pedras no caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde no Brasil. In: *Textos e Contextos*; Porto Alegre, v.9 n.2 p.321. ago/dez 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Brasília, DF: 2010

BRASIL. Lei 10.216, (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>. Acesso em: 05 de abril de 2012.

BRASIL. Lei nº 8662 de 7 de junho de 1993. Lei de Regulamentação da Profissão. Brasília, DF: 1993.

BRASIL. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Relatório Final do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Bahia, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde, (1992). Portaria 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.

_____, (2002). Portaria n. 336/2002, de 19/02/2002. Brasília. Disponível em: http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT_336.htm. Acesso em: 05 de abril de 2014.

_____, (2002). Portaria n. 189/2002, de 22/03/2002. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 8.742, (1993). Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, Diário Oficial da União.

BRAVO; M.I, MAURÍLIO; C.M. A Asúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M.I, POTYARA; A.P (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____; et al. (org.). Saúde e serviço social. 2. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

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

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. Revis. Serviço Social e Sociedade, nº .112 São Paulo, 2012.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma pirâmide a ser explorada. Cadernos Saúde Pública,13(3), 469-478, 1997.

COSTA, Jurandir F. História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico- ed 5. Rev. Rio de Janeiro: Gramond, 2007.

COSTA-ROSA, A. Saúde mental comunitária: análise dialética das práticas alternativas. [dissertação mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia/USP; 1987.

CUNHA, A. D. ; SILVA, L. F. A relação teoria x prática no serviço social: elementos para o debate profissional. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social, Nata/RN, 2014.

CFESS. Nota sobre a Regulamentação das Comunidades terapêuticas, 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1139>. Acessado em 12 de janeiro de 2015.

CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília, 2010.

CFESS. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993. Código de Ética do Assistente Social. 6ª Ed. rev. e atual. Brasília, 1993.

DALMOLIN, Bernardete Maria. Trajetória da Saúde Mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. In: O mundo da Saúde – São Paulo, ano 24, v.24,n.1 jan/fev, 2000.

DELGADO, J. (org., trad.) A Loucura na Sala de Jantar. Santos: Editora Resenha, 1991.

DIAS, Míriam Thais Guterres. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. 2007. Tese (doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

EULÁLIO, Maria do Carmo; LIMA, Gerbson da Silva; PATRIOTA, Lucia Maria; SILVA, Mayara Duarte da. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre: Cortez, v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXX, n.102, p.139-151, abr./jun. 2010.

ROCHA, Tatiana S. A saúde mental como campo de intervenção profissional do assistente social: limites, desafios e possibilidades. Trabalho de conclusão de Curso, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FÓRUM em Defesa do SUS de Campina Grande/PB. Processo de Privatização da Saúde. 2014.

HAYEK, Friedrich A. von. O caminho da servidão. 4. ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; Instituto Liberal, 1987.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. São Paulo, Cortez, 2005.

_____ e CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. Ed.1 São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2011.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2008.

INOJOSA, R. M. A intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar./abr.1998, p 35-48.

JÚNIOR JOSÉ, E. R. *Percursos da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande. Especialização (em Saúde Pública)- Faculdade de Ciências Sociais Aplicada. Campina Grande/PB, 2007*

KNOPP, Amanda M. *Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial: atuação do serviço social. Trabalho de Conclusão de curso(em Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2012.*

LAIZO, Denize. *A Privatização da Saúde e as Organizações sociais*. In: *Partido dos Trabalhadores*, 2009. Disponível em: <http://www.pstu.org.br/node/15151> Acessado em 12 de novembro de 2014

MACEDO, Camila F. *A Evolução das Políticas de Saúde mental e da Legislação Psiquiátrica no Brasil*. *Revista: Jus Navigandi*, 2006. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil>. Acessado em 22 de outubro de 2014

MACHADO, Graziela Scheffer. *Reforma Psiquiátrica e Serviço Social – O trabalho dos Assistentes Sociais na equipe dos CAPS*. In: VARCONCELOS, Eduardo Mourão (org). *Abordagens Psicossociais: Volume 3 – Perspectiva para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec, 2009, p.32-120.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. *Loucura e subjetividade*. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M.E.B.(Org). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p-45-58.

MEDEIROS, ANGELA C. P. *O trabalho do Assistente Social nas seções Núcleo de Apoio Psicossocial de Santos*. Trabalho de Conclusão de Curso(em Serviço Social)- Universidade Católica de Santos. Santos/SP, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia da Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1988.

_____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MOREIRA, Solange da Silva. O projeto ético-político e a prática dos assistentes sociais na saúde. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2006.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL SOCIAL. Coletânea de leis. Belo Horizonte: O Lutador, 2005: 99-102.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. Lei 5.277, de 19 de abril de 2014. Institui o Programa Gestão Pactuada e Dispõe sobre a Qualificação de Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.sintabpb.com.br/wp-content/uploads/2013/05/paginas-iniciais.pdf>
Acessado em: 02 de dezembro de 2014.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p.15-69.

RIBEIRO, Paulo R. Marçal. Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU, 1996.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXX, n.102, p.139-151, abr./jun. 2010.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SHENEIDER, Eduarda M.; MEGLHIORATTI, Fernanda A. A Influência do movimento eugênico na constituição do sistema organizado de educação pública do Brasil na década de 1930. In: IX Seminário de pesquisa em Educação da Região Sul, Cascavel/ Paraná, 2012.

SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 76-102.

SILVA, Priscila S. A Intervenção do Assistente Social na Saúde Mental: A Experiência dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS de Juiz de Fora-MG. Dissertação(mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora/MG, 2012.

SILVA, Sheyla S. S. Contradições da Assistência Social no governo “neodesenvolvimentista” e suas funcionalidades ao capital. Rev. Serviço social e Sociedade., São Paulo, n. 113, p. 86-105, jan./mar. 2013

SOARES, R.C. Contra Reforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas para o Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social. Recife /PE, 2010.

SZASZ, Thomas S. O Mito da Doença Mental. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

TEXEIRA, Sônia B. S. Um novo olhar para o Serviço Social: Subjetividade e Prática Clínica. Artigo publicado no Jornal do Conselho Regional de Serviço Social, 5ª Região, Bahia, Ano 05, n° 09, fevereiro /março /abril 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 6ª ed. São Paulo: Cortez 2009.

VASCONCELOS, E. M .Abordagens Psicossociais. Vol. I História, teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

_____. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. “Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental”. In: Serviço Social e Sociedade, 2007, n° 54. Cortez, São Paulo

VELÔSO, Thelma Grisi ; FILHO, Pedro de Oliveira; PINTO, Roseane Barros; NÓBREGA, Pauleska; NASCIMENTO, Élide Dantas do. Residências Terapêuticas em Campina Grande: Refletindo sobre os Caminhos da Reforma Psiquiátrica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: http://www.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_artigos/RESIDENCIAIS_TERAPEUTICOS_EM_CAMPINA_GRANDE.pdf Acessado em 22 de Dezembro de 2014.

VIDAL, Francisco B. Um Marco do Fundamentalismo Neoliberal: Hayek e o caminho da servidão. Observatório Social do Nordeste, 2010. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/fvidal.pdf> Acessado em 23 de novembro de 2014.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade, 2002 .Disponível em http://www.prof.joaoantas.nom.br/materialdidatico/material/2_- Acessado em 24 de novembro de 2014

ANEXOS

ANEXO 01: LEI 10.216

Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

O presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento

de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracteriza os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que opto por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação estrita do familiar, ou do responsável legal, quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competente e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação dessa Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República

Fernando Henrique Cardoso

José Gregori José Serra

Roberto Brant

ANEXO 2: PROJETO PAULO DELGADO

O Projeto de Lei no 3.657

“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

Parágrafo 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Parágrafo 2º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

Parágrafo 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver. Parágrafo 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

Parágrafo 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares equem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

Parágrafo 3º A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei no 24.559, de 3-7-1934”.