



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE – PB :
ENTRE AVANÇOS E RECUOS**

**CAMPINA GRANDE
2020**

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE
– PB : ENTRE AVANÇOS E RECUOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.
Área de concentração: Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof. Dra. Jailma Belarmino Souto

**CAMPINA GRANDE
2020**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

A553c Andrade, Mayara Thais Marques.
Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande - PB [manuscrito] : entre avanços e recuos / Mayara Thais Marques Andrade. - 2020.
35 p. : il. colorido.
Digitado.
Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Jailma Belarmino Souto, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Reforma psiquiátrica. 2. Política Nacional de Saúde Mental. 3. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. I. Título
21. ed. CDD 362.2

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE
– PB : ENTRE AVANÇOS E RECUOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

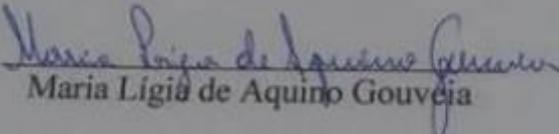
Aprovada em: 26 /11/ 2020.

BANCA EXAMINADORA



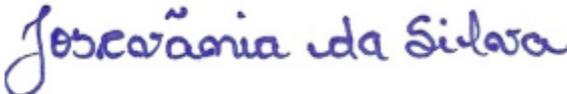
Jailma Belarmino Souto

Prof. Dra. Jailma Belarmino Souto (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Maria Lígia de Aquino Gouveia

Prof. Dra. Maria Lígia de Aquino Gouveia
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Membro Interno)



Josevânia da Silva

Prof. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Membro Interno)

AGRADECIMENTOS

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

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

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

A minha orientadora, Jailma Belarmino, pela cuidadosa orientação e disponibilidade. Agradeço, sobretudo, pela postura comprometida com o crescimento do orientando.

Aos professores do Curso de Especialização da UEPB, por terem fissurado algumas formas cristalizadas de meu posicionamento teórico, possibilitando assim, outras reinvenções acadêmicas.

A funcionária do apoio administrativo, Jailda Albuquerque, pela presteza e cordialidade no atendimento ofertado no polo de realização das aulas.

Aos colegas de turma pelas leituras sugeridas e pelos debates suscitados. Com vocês compartilho essa conquista.

Ao militante Jaelson Rodrigo pela partilha de ideias e sugestões de fontes acerca da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB.

A Coordenadora do curso, Josevânia da Silva, pelo incentivo, atenção e pela importante participação na banca examinadora deste trabalho.

O meu muito obrigado!

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

Paulo Amarante

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica constitui-se em um processo permanente de construção, reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo em diferentes campos. Foram muitas as experiências de Reforma Psiquiátrica que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas. As mudanças propostas extrapolam a dimensão da assistência e perpassam também dimensões políticas, sociais e culturais, as quais compõem um amplo projeto de transformação social. No Brasil, as transformações no modelo de assistência à saúde mental foram contemporâneas às discussões suscitadas pela Reforma Sanitária, nos anos 70, que propunha a transformação da saúde pública nacional. Do modelo hospitalocêntrico até os serviços substitutivos ocorreram grandes transformações no atendimento aos portadores de transtorno mental. A rede de CAPS torna-se, gradativamente, uma referência, tendo valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica. Promoção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de espaços de acolhimento e convivência em grupo e inclusão social são alguns dos princípios da Reforma Psiquiátrica e se colocam como elementos fundamentais e norteadores da Política Nacional de Saúde Mental. O movimento de Reforma Psiquiátrica, que trouxe importantes mudanças à atenção psicossocial no Brasil, também alcançou o município de Campina Grande/PB. Assim, a presente pesquisa teve por objetivo analisar como os princípios da Reforma Psiquiátrica tem se efetivado em Campina Grande e identificar as principais mudanças ocorridas no modelo de atenção à Saúde Mental do município. Compreendeu um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa. A partir dos dados obtidos identificamos que o cenário do sistema de saúde mental do município apresentou, nas três últimas décadas, intensa modificação no modelo de assistência e no destino dos recursos financeiros, destacando-se como principais mudanças a redução dos leitos, a instalação de uma rede de modelos substitutivos e a aproximação da família ao tratamento. Apesar dos avanços, se evidencia, no atual cenário político, o surgimento de novos desafios que apontam para um movimento de retrocesso.

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

ABSTRACT

The Psychiatric Reform consists in one permanent process of construction, reflections and transformations that occurs at the same time in different settings. There were many experiences of the Psychiatric Reform that happened in several countries. Some of them, however, were remarkable for its innovation and impact, to the extent of being recognized until today and still influencing the contemporary experiences. The proposed changes go beyond the dimension of assistance and go through the political, social and cultural dimensions as well. In Brazil, the transformations in the Mental Health Care model were contemporary to the raised discussions by the Sanitary Reform in the 70s, that proposed the transformations of the national public health. From the hospital model to the substitute's services, it occurred great transformations in the care for people with mental disorder. The CAPS network becomes gradually a reference, including strategic value to the Psychiatric Reform. Promotion of the intersectorality, of interdisciplinarity, deinstitutionalization, promotion of welcoming and coexistence places in groups and social inclusion are some of the principles of the Psychiatric Reform and they stand as fundamental and guiding elements of the National Mental Health Policy. The Psychiatric Reform movement, which brought important changes to the psychosocial attention in Brazil, also reached the municipality of Campina Grande/PB. Thereby, this research aimed to analyze how the principles of the Psychiatric Reform have been effective in Campina Grande and to identify the main changes occurred in the Mental Health Care model in the municipality. It granted a bibliographic study with a qualitative approach. From the data that was obtained, we identified that the Mental Health Care system scenario from the municipality presented, in the last three decades, intense modification in the assistance model and in the destination of the financial resources, standing out the main changes as being the reduction of beds, the installation of a network of substitute models and the approximation of the family to the treatment. Despite the advances, in the current political scenario, the emergence of new challenges that points out to a backward movement is more evident.

Keywords: Psychiatric Reform. National Mental Health Policy. CAPS*.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO.....	10
3. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	15
3.1 A Política Nacional de Saúde Mental e os novos dispositivos assistenciais.....	17
4. SITUANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE.....	23
5. TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: RETROCESSOS E DESAFIOS.....	26
6. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história a loucura foi concebida de diferentes formas, refletindo os princípios, os preconceitos e interesses presentes nas diferentes épocas e sociedades. Suas múltiplas concepções, durante muito tempo, estabeleceram determinantes ao processo de assistência em saúde mental derivando, práticas de segregação e estigma centradas na Psiquiatria e no hospital psiquiátrico (GRADELLA JR, 2002).

O movimento de Reforma Psiquiátrica propõe uma nova forma de percepção da loucura configurando um processo permanente de construção, de reflexões e transformações que, conforme Amarante (2007), ocorrem a um só tempo nos diferentes campos, quais sejam: no campo teórico-conceitual – a partir da desinstitucionalização dos saberes e visão epistemológica; no campo técnico-assistencial – através da reestruturação de modelos assistenciais; no campo político-jurídico - por meio de reformulação dos códigos Civil e Penal e da legislação sanitária; e no campo sócio-cultural - por meio de mudanças nas representações sociais e no imaginário social quanto a loucura, a doença mental e ao comportamento desviante.

Na nova realidade social proposta pela Reforma Psiquiátrica, não apenas a saúde pública e a estruturação dos serviços são modificadas, alterações na relação entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade também são suscitadas. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica se consolida como um processo social complexo que apresenta como principais objetivos o fim do isolamento, a desinstitucionalização, a inserção das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade, a criação de serviços e centros de atendimento em substituição aos manicômios.

No Brasil, a assistência em saúde mental consolida um modelo de atenção aberto e de base comunitária apoiada na lei 10.216/02. A Política Nacional de Saúde Mental abarca o conjunto das estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, aquelas que demandam tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental.

A partir da implementação da Política Nacional de Saúde Mental ocorreu um processo de transformação no modelo de assistência estruturação de uma rede de serviços substitutivos assume valor estratégico, com relevância para os Centros de

Atenção Psicossocial – CAPS - que se destacam por estimular a integração familiar e social, apoiando os usuários com iniciativas de busca da autonomia (MELLO, 2007).

Diante dessa realidade, o presente estudo teve por objetivo analisar como os princípios da Reforma Psiquiátrica se efetivam em Campina Grande e identificar as principais mudanças ocorridas nas práticas de Saúde Mental após a consolidação deste movimento.

O interesse por essa questão surgiu a partir do acompanhamento das recentes modificações nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. A expectativa de possíveis impactos nas práticas do município despertou o empenho para analisar essa temática.

A referida pesquisa compreendeu um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa. Utilizou-se como metodologia a revisão de literatura em referências constituídas por livros, artigos científicos e teses de mestrado. Para coleta de dados foi realizada uma revisão de literatura referente ao movimento de Reforma Psiquiátrica no mundo, no Brasil e no município de Campina Grande – PB.

Assim sendo, esta pesquisa se faz importante para os profissionais da área de Saúde Mental em Campina Grande, que possuem papel ativo na realidade estudada, para outros profissionais da área da saúde, e para os usuários que, seguramente, são atores sociais no processo de construção de uma nova realidade na assistência em saúde mental.

Desta forma, o presente Trabalho Acadêmico encontra-se estruturado em quatro seções nas quais contemplamos, no primeiro momento, uma breve retrospectiva do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo. No segundo momento buscamos apresentar a trajetória do movimento no Brasil, como também contemplamos os serviços substitutivos advindos desse processo. Em terceira instância apresentamos uma caracterização do dinamismo da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande – PB. Em última instância abrangemos as recentes modificações contidas na diretrizes da política pública nacional de Saúde Mental. Por fim seguem-se as considerações finais e as referências utilizadas na construção do trabalho.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO

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

O médico francês Philippe Pinel, havia acentuado o fato de haver incoerências na prática psiquiátrica tendo sido ele o percussor de uma corrente que trouxe mudanças e ressignificação de práticas – o alienismo - que aspirava o reconhecimento e território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental.

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo pineliano foi objeto de muitas críticas já que seus princípios de isolamento e tratamento moral representavam paradoxos com os ideais libertários da Revolução Francesa. “Que estranha instituição é essa que seqüestra e aprisiona aqueles aos quais pretende libertar? Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?” É como Foucault (2006, p.70) resume a questão.

Nesse contexto, foram muitas as experiências de Reforma Psiquiátrica que aconteceram posteriores à reforma de Pinel procurando questionar o papel e a natureza da instituição psiquiátrica, do saber psiquiátrico. Algumas, no entanto, foram marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas.

Amarante (2007) assinala essas experiências dividindo-as em três grupos: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que investiram no princípio de que as “fragilidades” estavam na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva que apontavam para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico; a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática que propunham que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. Não

existiria, portanto, a doença mental enquanto objeto natural, como considera a Psiquiatria Clássica, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.

Outro movimento, denominado Psiquiatria Democrática, se desenvolveu na Itália, 1961, trazendo importantes contribuições para o processo prático-teórico do conceito de desinstitucionalização.

A partir de então inúmeras experiências foram surgindo por todo o mundo e nos anos 1970, Basaglia, juntamente com sua equipe, deu início em Trieste – Itália - a uma experiência rica e original no lidar com a loucura. Experiência esta que transformou radicalmente a psiquiatria contemporânea (AMARANTE, 2007).

Acompanhado por outros jovens psiquiatras, Basaglia se propôs a reformar o hospital psiquiátrico ali existente e com o passar dos anos passou a formular um pensamento e uma prática institucional voltados para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física, mas como o conjunto de saberes e práticas que fundamentam uma instituição.

Franco Basaglia que reformou, no começo dos anos 1960, um hospital psiquiátrico em Gorizia - Itália. Ele realizou grandes mudanças no cotidiano hospitalar, como a extinção dos métodos coercitivos e violentos de tratamento e a adoção de medidas que tinham como objetivo resgatar as relações sociais do portador de doença mental.

Outro ponto de suma importância na reforma italiana se refere à aprovação da Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978. Trata-se da primeira lei direcionada ao internamento e ao funcionamento dos hospitais psiquiátricos, sendo suas principais características: a determinação do esvaziamento gradual das instituições psiquiátricas existentes, construção de serviços territoriais que passam a ser responsáveis pela assistência, extinção do estatuto de periculosidade do doente mental e restituição dos seus direitos sociais (AMARANTE, 1995).

A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica. O projeto de transformação iniciado por Basaglia e continuado pelo movimento da Psiquiatria Democrática contribuiu de forma significativa para reflexões críticas acerca da instituição psiquiátrica, da doença mental, do saber psiquiátrico e concretizou na prática uma experiência dotada de valores éticos em Gorizia e Trieste. Os pressupostos teóricos de Franco Basaglia e a

trajetória italiana constituem uma importante referência para a reforma psiquiátrica contemporânea, posto que é nesta experiência que muitos países vão buscar inspiração para a mudança da realidade de suas instituições psiquiátricas.

Com base no ideal de que o espaço hospitalar produzia um mundo à parte das relações sociais ele incentivou a participação dos médicos, técnicos e pacientes em espaços coletivos, assembléias e reuniões, culminando na abertura, em 1962, do primeiro pavilhão do hospital à comunidade.

A partir de então inúmeras experiências foram surgindo por todo o mundo e nos anos 1970, Basaglia, juntamente com sua equipe, deu início em Trieste – Itália - a uma experiência rica e original no lidar com a loucura. Experiência esta que transformou radicalmente a psiquiatria contemporânea (AMARANTE, 2007).

Acompanhado por outros jovens psiquiatras, Basaglia se propôs a reformar o hospital psiquiátrico ali existente e com o passar dos anos passou a formular um pensamento e uma prática institucional voltados para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física, mas como o conjunto de saberes e práticas que fundamentam uma instituição. Segundo registros de Oliveira (2002, p. 129):

Basaglia e sua equipe ao assumir a administração do hospital da cidade de Trieste iniciaram a desmontagem do aparato manicomial, destruindo os muros que separavam o espaço interno do externo, eliminando os espaços de contenção – representados pelos leitos - e seguiram formulando a construção de novos espaços de atenção e de formas de lidar com a loucura.

Simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados, em Trieste, vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Cirilo (2006) descreve que foram implantados sete Centros de Saúde Mental, um para cada área da cidade, que funcionavam 24 horas, com atenção contínua e intensiva, como também, vários grupos-apartamento, destinados aos egressos dos hospitais psiquiátricos que passaram a morar sós ou acompanhados por técnicos. Houve a organização de outros dispositivos a exemplo da rede de cooperativas de trabalho - ateliês e oficinas – que inicialmente foram organizadas para atender a necessidade de encontrar postos de trabalho para os ex-internos e posteriormente tornaram-se espaços de produção artística, intelectual

ou de prestação de serviços, assumindo um papel importante na dinâmica e na economia não apenas dos Centros de Saúde Mental, mas também de toda a cidade.

A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica. O projeto de transformação iniciado por Basaglia e continuado pelo movimento da Psiquiatria Democrática contribuiu de forma significativa para reflexões críticas acerca da instituição psiquiátrica, da doença mental, do saber psiquiátrico e concretizou na prática uma experiência dotada de valores éticos em Gorizia e Trieste. Os pressupostos teóricos de Franco Basaglia e a trajetória italiana constituem uma importante referência para a reforma psiquiátrica contemporânea, posto que é nesta experiência que muitos países vão buscar inspiração para a mudança da realidade de suas instituições psiquiátricas.

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

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

A década de 1980 trouxe força política e social para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto que esse período é marcado pelo final da ditadura estabelecida no país, abrindo as possibilidades de mudança na área da saúde e permitindo a participação de outros setores, que não só os médicos, nesse processo. Temos em junho de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro. Esse momento representou uma ruptura na trajetória até então delineada, pois articularam-se novas idéias e pressupostos como a desconstrução do manicômio, a construção de novas subjetividades e o direito à diferença.

Dessa Conferência, destaca-se as seguintes recomendações: a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, no intuito não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a psiquiatrização do social, a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, o reconhecimento dos espaços não profissionais criados pelas comunidades visando à promoção da saúde mental, a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição à tendência hospitalocêntrica (CIRILO, 2006).

A Reforma Psiquiátrica constitui-se em um processo com características locais, envolvendo lutas sociais pela transformação no modo de se conceber a loucura e na maneira de se lidar com o dito “louco”.

No Brasil, ela que surge em fins da década de 1970, como veremos a seguir.

3. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

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

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

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

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

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

Nesse contexto, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade de saúde, mas

pela luta popular no campo da saúde mental. É o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras no Brasil.

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

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

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

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

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Brasileiro, o projeto de lei Paulo Delgado foi aprovado em 27 de março de 2001 e sancionado no dia 6 de abril do mesmo ano. A aprovação deste projeto de lei introduziu muitas inovações no modelo assistencial de saúde mental brasileiro, ganhando impulso

com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília, no ano de 2002. Nesse mesmo ano entram em vigor as primeiras regulamentações federais sobre a implantação de uma rede de serviços substitutivos para a atenção à saúde mental. A articulação em rede de variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foi crucial para consolidação da Reforma Psiquiátrica, como veremos adiante.

3.1. A política nacional de saúde mental e os novos dispositivos assistenciais

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

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

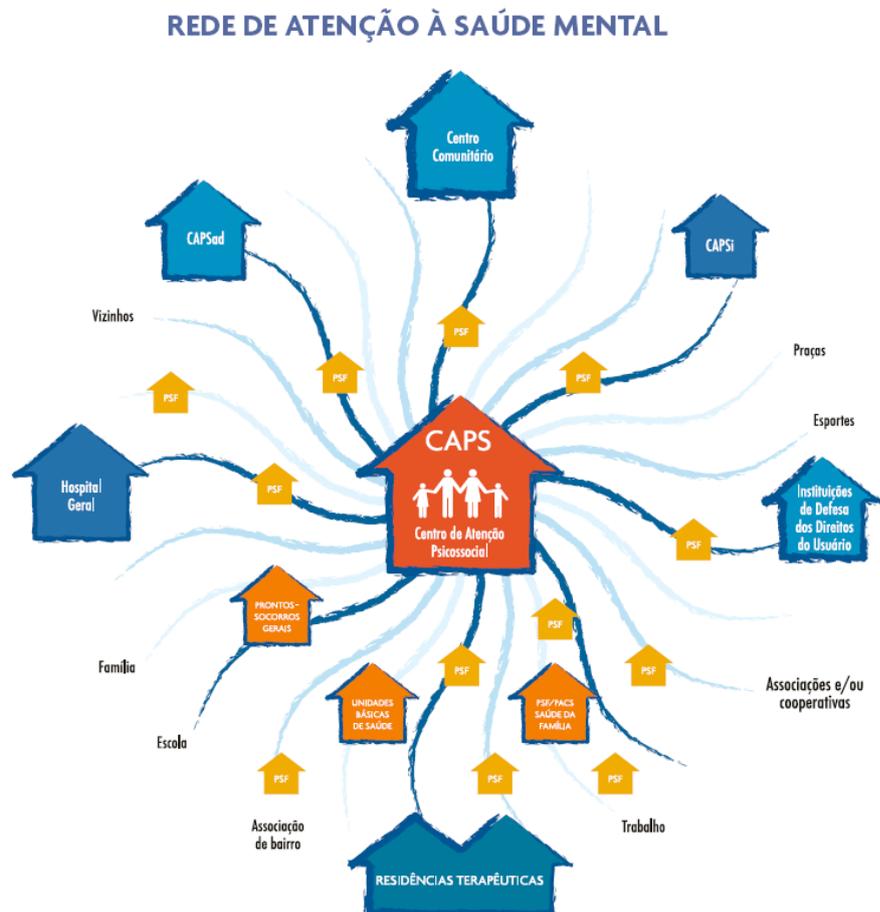
Esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde disponíveis em um município e se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A ideia fundamental é a de que não apenas um serviço ou equipamento é capaz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

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

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

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

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



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

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

Estes serviços são unidades de saúde locais, que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. OS CAPS são unidades assistenciais que devem funcionar 24 horas, por dia, durante os sete dias da semana, segundo definições do órgão gestor local. Constituem-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. A assistência ao paciente no NAPS e CAPS inclui atividades como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 1992).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como desdobramento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde promulgou, no início de 2002, a Portaria 336/02 que revisava a Portaria 224 de 1992, regulamentando o funcionamento dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) de acordo com as experiências no campo da saúde mental na última década (AMARANTE, 2003).

Os CAPS foram apontados como peças centrais para as mudanças pretendidas na saúde mental e passam a ser classificados como: CAPS I – são centros de menor porte, atendem adultos com transtornos mentais persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; CAPS II – são instituições de médio porte que tem condições de atender municípios com população de até 200.000 habitantes; CAPS III – são serviços de maior porte, oferecem uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população acima de 200.000 habitantes. A rede funciona durante as 24hs durante os sete dias da semana, inclusive feriados; CAPSad – são centros especializados para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas; CAPSi – serviço especializado no acompanhamento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

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

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

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

A partir da criação dos novos serviços no Brasil ocorre um processo de transformação na Saúde Mental, onde a atenção psicossocial e o seguimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica funcionam como base para os cuidados a

pessoas portadoras de transtornos mentais. de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

4. SITUANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE

Em muitos municípios do Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica produziu mudanças importantes na atenção à saúde mental. Campina Grande também vivenciou tal processo. Localizado no interior da Paraíba, com uma população de aproximadamente 411.807 mil habitantes, o município apresenta uma demanda significativa no tocante a saúde mental. Segundo registros de Braga (2003), desde a década de 1960, o município atendia os portadores de transtorno mental no Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro e no Instituto de Neuropsiquiatria de Campina Grande S/C Ltda, conhecido como Clínica Dr. Maia.

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

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

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

Na mesma década, surgem discussões sobre o projeto de lei estadual de Reforma Psiquiátrica do Deputado Francisco Lopes, sendo inaugurado na cidade o

primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAPS). Já a inauguração dos primeiros CAPS na Paraíba ocorreu no ano de 1998, tendo esse serviço se concentrado, a princípio, nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (BRAGA, 2003).

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

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

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

A partir de 2004, as mudanças na assistência prestada aos portadores de transtorno psíquico ganham novo impulso, pois passam a ser desenvolvidos planos terapêuticos individuais. Essa inovação gera a necessidade de um debate em torno dessa questão. Logo, é realizado o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica, reunindo a Paraíba, o Rio Grande do Norte e Pernambuco, estabelecendo-se, pois, o Núcleo de Formação para a Reforma Psiquiátrica. Campina Grande, além de ser habilitada no Programa De volta pra Casa, passa a ter incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas,

ocorrendo, também, a articulação entre a Saúde Mental e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme registra Amarante (2007).

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

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

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

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

5. TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: RETROCESSOS E DESAFIOS

A Política Nacional de Saúde Mental abarca o conjunto das estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, aquelas que demandam tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Esta política visa atender as “pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas)” (Ministério da Saúde, 2017).

A experiência do Brasil, na implementação de uma política de saúde mental, possibilitou uma profunda transformação no modelo de assistência ocasionando melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área.

O ápice da implementação dessa política ocorreu durante os governos Lula I e II (2003-2010), através da destinação de recursos para serviços de natureza extrahospitalar, fechamento e/ou descredenciamento significativo de leitos e/ou hospitais psiquiátricos e promulgação de portarias visando expansão dos serviços e ações em saúde mental (BRASIL, 2016), que contribuíram para a consolidação do processo de reversão do modelo manicomial historicamente vigente no país.

Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde e os históricos movimentos sociais ligados à Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995) foram atores-chaves no processo de deliberação, implementação e controle da Política Nacional de Saúde Mental. Essa atuação conjunta, ainda que portando contradições e desafios internos, foi fundamental para a qualificação de ações de profissionais, gestores e sociedade em geral voltadas à garantia da dignidade humana através de ações emancipatórias, inclusivas e democraticamente construídas, estimulando, inclusive, a reflexão crítica acerca dos limites e possibilidades dos dispositivos implementados no âmbito da RAPS (NUNES e ONOCKO-CAMPOS, 2014)

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Essa ‘nova política’ se descreve como “processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que

necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 20.216/2001” (Ministério da Saúde, 2019, p. 3).

Diante da atual conjuntura política, a Nota Técnica Nº 11/2019, se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. Segundo relatório de prestação de contas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), durante o ano de 2019 as estratégias de desinstitucionalização e cuidado em saúde mental apresentaram a menor série histórica desde o ano de 2003, a exemplo dos números de implantação de CAPS (75 unidades) e concessão do benefício do Programa de Volta para Casa (62 beneficiários).

Dentre os aspectos modificados constam o retorno ao financiamento público de Hospitais Psiquiátricos, aumento do financiamento de Comunidades Terapêuticas, além da oferta do procedimento eletroconvulsoterapia (ECT), o famigerado “eletrochoque”, cuja compra de aparelhos passou a ser financiada pelo Ministério da Saúde.

De acordo com esta nota técnica, dentre os assuntos abordados, destacasse os novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, a exemplo das Equipes de Assistência Multiprofissional de Média Complexidade em Saúde Mental, objetivando prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando a articulação da atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde, bem como alterações na assistência hospitalar especializada em psiquiatria no SUS. Além disso, a mesma inclui o hospital psiquiátrico na RAPS, como também não utiliza mais o termo “rede substitutiva”, por considerar que nenhum serviço de saúde mental substitui outro (Ministério da Saúde, 2019). Além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar.

A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco

resolutivos ambulatoriais psiquiátricos. É importante apontar que estas equipes nascem com um orçamento previsto de 12 a 30 mil reais por mês, de verba de custeio, dependendo de seu porte, de acordo com a portaria de consolidação n. 3, art. 1062 A do título II-B do anexo V. Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio.

Neste contexto, a nota técnica Nº 11/2019 é alvo de críticas por órgãos que lidam com as políticas referidas que consideram que suas diretrizes representam na verdade o abandono dos princípios legais, assistências e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por sua vez, concebeu a norma técnica como um retrocesso que vai na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois considera o hospital psiquiátrico como a principal instituição que garante a perpetuação da ideia manicomial, não podendo, assim, o mesmo ser incluído na RAPS principalmente por frisar que a RAPS já preconizava internações breves via leitos psiquiátricos em hospitais gerais e CAPS III e ad III, locais de base regionalizada, ou seja, serviços próximos às pessoas que necessitam de atenção psicossocial (Reis, 2019).

As críticas à norma técnica Nº 11/2019 repercutem na necessidade de afirmação das diretrizes que são básicas à efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica, visto que os acréscimos realizados a esta norma apontam para um movimento de retrocesso que permeia as instâncias financeiras, jurídicas e sociais. Por esta razão, se faz necessário o resgate da participação e reinserção dos usuários de saúde mental; a atenção psicossocial em crises em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e, após a crise, a utilização dos CAPS como modelo substitutivo de referência (Reis, 2019).

Apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com os instrumentos internacionais de direitos

humanos. Se faz necessário investir na efetividade de políticas regionais com estímulo a uma melhor distribuição dos serviços comunitários e dos recursos em geral, visando à estabilidade dos serviços já instituídos e à expansão nas regiões menos favorecidas do país. Também é necessária a melhoria dos mecanismos de coordenação do cuidado entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados (CAPS) onde atividades de capacitação e educação permanente das equipes torna-se fundamental para evitar a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas.

Nesse contexto, todos os esforços deverão ser empreendidos para a construção de um consenso alargado, que permita dar continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa matéria.

6. CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa apresentada evidenciamos que a Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial, que assume as características do local em que se efetiva permeando instâncias políticas, sociais e culturais. Foram muitas as experiências de Reforma Psiquiátrica que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas.

O estudo evidenciou que, em nível nacional, a trajetória deste movimento esteve ligada à Reforma Sanitária Brasileira, da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da Política de Saúde Mental no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Ao analisar as fontes que compuseram esta pesquisa foi possível verificar que o marco na experiência de desinstitucionalização brasileira se remete as conquistas alcançadas nos campos legislativo e normativo. A Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. É no contexto da promulgação desta lei que ficou conhecida como *Lei Paulo Delgado* que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A partir dos dados obtidos constatamos que, o cenário da Saúde Mental em Campina Grande - PB, nas últimas três décadas, apresentou intensa transformação no modelo de assistência, destacando-se como principais mudanças a redução dos leitos, a instalação de uma rede de modelos substitutivos e a aproximação da família ao tratamento. Verificamos que os princípios da Reforma Psiquiátrica que se colocam como elementos fundamentais e norteadores das ações desenvolvidas no município são: a promoção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de espaços de acolhimento e convivência em grupo e inclusão social. Desta forma, acreditamos que o paradigma da atenção psicossocial seguido na cidade converge com experiência de desinstitucionalização desenvolvida em outras cidades do Brasil.

Esta pesquisa constatou que o processo de mudanças no modelo de atenção à saúde mental em Campina Grande tem os CAPS como serviços estratégicos, visto que os principais objetivos da Reforma Psiquiátrica são implementados nas ações destes serviços.

A postura intersetorial assumida pelos CAPS efetiva as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. As ações desenvolvidas por este dispositivo perpassam vários setores da vida dos usuários buscando na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes, sob forma de promover os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Constatamos que as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica têm conseguido adentrar no Sistema Único de Saúde da cidade contando com o envolvimento dos usuários, familiares de usuários e trabalhadores da atenção em Saúde Mental. No entanto, identificamos que um grande desafio que se coloca é o de estabelecer rupturas nas questões conceituais e práticas que envolvem as ações dos serviços de atenção à saúde mental. Para que seja efetivada a mudança paradigmática e não apenas a reformulação de serviços, faz-se necessário o entendimento da Reforma Psiquiátrica em todas as suas dimensões quais sejam: no campo teórico-conceitual; no campo técnico-assistencial; no campo político-jurídico ; e no campo sócio-cultural. Isso implica na necessidade de um processo de transformação contínuo e em permanente construção, com ênfase em medidas de promoção, prevenção e reabilitação.

Os progressos alcançados são significativos e indicam avanços exitosos, porém a efetivação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no atual cenário político, apresenta fragilidades e vários desafios. Faz-se oportuno enfatizar que as recentes modificações inseridas no arcabouço legislativo nacional impõem novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que os acréscimos inseridos na Política Nacional de Saúde Mental, através de uma nota técnica, apontam para um movimento de retrocesso.

Um desafio constatado diz respeito às estratégias para estabilizar o financiamento da Política de Saúde Mental e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde mental que permita dar continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país.

Acreditamos que o nível de prioridade que o governo dedica à saúde mental, em relação às demais políticas sociais e de saúde colabora no estabelecimento de um modelo para a ação e define o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão.

Diante dos progressos alcançados e da atual perspectiva de retrocesso sentimo-nos na obrigação de refletir e divulgar o desenvolver da Reforma Psiquiátrica na cidade afim de contribuir com o fomento do debate que envolve os novos rumos da assistência em Saúde Mental no município de Campina Grande.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. (org). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr, 2009.
- AMARANTE, P. (org). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. (org). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BRASIL. Portaria n. 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1992; 2 set.
- BRASIL. Portaria n. 224/92. Ministério da Saúde. **Dados em saúde mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: abril de 2010.
- BRASIL. Portaria n. 224/92. **Saúde mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Série F. Brasília, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004
- BRASIL. Portaria n. 224/92. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- CAMPOS FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB** 2007; XIII(24): 67-79
- CASIMIRO, F. E; QUEIROGA, G. Serviço Social. In: **Atenção Básica à Criança Pequena**. 1ª ed. Campina Grande, 2007. p. 48-50.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. Campina Grande, 2006. Dissertação. Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva - Universidade Estadual da Paraíba.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SILVA, F.V. **Saúde mental, família e direitos sociais: Intervenção no grupo de família no CAPS III – reviver na cidade de Campina Grande** – PB.70f. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em serviço social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2007.

SIQUEIRA, A. B. Rompendo a incabível prisão: construindo o conceito de saúde mental. In: **Veredas FAVIP**, v. 3, p. 51-58, 2006.

SOARES, C.B; MUNARI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. In: **Ciência, cuidado e saúde**,v.6, p.357-362,2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, 1995,v. 2, p.71-99.