



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SERVIÇO SOCIAL**

**MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE**

**ENTRE AVANÇOS E RECUOS: A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**Sousa/PB  
2023**

**MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE**

**ENTRE AVANÇOS E RECUOS: A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal de Campina Grande - PB, como requisito à obtenção do título de Especialista em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

**Sousa/PB  
2023**

A553e      Andrade, Mayara Thaís Marques.  
Entre avanços e recuos: a história da reforma psiquiátrica / Mayara  
Thaís Marques Andrade. - Sousa, 2023.  
44 f. : il. color.

Monografia (Especialista em Serviço Social e Gestão de Políticas  
Públicas) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências  
Jurídicas e Sociais, 2023.

"Orientação: Profa. Ma. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos  
Costa."

Referências.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Política Nacional de Saúde Mental. 4.  
Centro de Atenção Psicossocial. 5. Reforma Sanitária. 6. Saúde Pública  
Nacional. I. Costa, Cibelly Michalane Oliveira dos Santos. II. Título.

CDU 364.62:613.86(043)

MAYARA THAÍS MARQUES ANDRADE

**ENTRE AVANÇOS E RECUOS: A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Aprovada em: 17/03/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

*Cibelly Michalane O. dos S. Costa*

---

Prof<sup>a</sup> Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa  
**CO-ORIENTADORA**

*Maria da Conceição Silva Félix*

---

Prof<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Me. Maria da Conceição Silva Félix  
**MEMBRO INTERNO**

*Liane Soraya Viana da Silva*

---

Prof<sup>a</sup> Me. Liane Soraya Viana  
**MEMBRO EXTERNO**

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

## **AGRADECIMENTOS**

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

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

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

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

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

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

O meu muito obrigada!

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 (2007)**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>1. A LOUCURA E O SABER PSIQUIÁTRICO</b>	
1.1 Loucura: da Antiguidade à Contemporaneidade.....	11
1.2 A Psiquiatria clássica e o hospital psiquiátrico: a loucura aprisionada.....	15
<b>2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA</b>	
2.1 Considerações sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica no mundo.....	21
2.2 A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	24
2.3. A Política Nacional de Saúde Mental e os novos dispositivos assistenciais.....	26
2.3.1.Transformações na Política Nacional de Saúde Mental: retrocessos e desafios .....	32
2.4. Situando a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB.....	36
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>



## RESUMO

O trabalho em tela configura-se como uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico. 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 mudanças 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 as pessoas com transtornos mentais. A rede de CAPS torna-se, gradativamente, uma referência, tendo valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica. Assim, a presente pesquisa teve por objetivo analisar o processo de consolidação e efetivação da Reforma Psiquiátrica, fazendo um breve recorte na cidade de Campina Grande – PB. 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. Centro de Atenção Psicossocial.

## 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

## 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, iniciado em meados dos anos 1960, 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 à 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.

Cabe notar que a 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.

No Brasil, a assistência em saúde mental consolida um modelo de atenção aberto e de base comunitária, apoiada na lei 10.216/02, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em saúde mental. 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 o processo de consolidação e efetivação da Reforma Psiquiátrica, trazendo um breve recorte para a cidade de Campina Grande – PB.

A pesquisa foi do tipo exploratória de caráter bibliográfico com abordagem qualitativa, contando com a utilização de autores, sites e legislações que abordam a temática. O recorte analítico dado à cidade de Campina Grande-PB, deu-se em razão da pesquisadora residir no município e ter a curiosidade de afunilar discussões sobre a temática.

Pretendemos a partir deste estudo, contribuir com a produção de conhecimentos na área de Saúde Mental, especialmente no que se refere à atenção psicossocial e aos princípios da Reforma Psiquiátrica como base para o acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Desta forma, o presente Trabalho Acadêmico encontra-se estruturado em dois momentos, quais sejam: Inicialmente realizamos uma breve retrospectiva da história da loucura e o saber psiquiátrico que acompanhou a mesma. No segundo momento apresentamos a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, contemplando os serviços substitutivos advindos desse processo. Apresentamos, ainda, uma caracterização do dinamismo da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande – PB, como também, abrangemos as recentes modificações contidas na diretrizes da política pública nacional de Saúde Mental.

Por fim, seguem as considerações finais e as referências utilizadas na construção do trabalho.

## 1. A LOUCURA E O SABER PSIQUIÁTRICO

### 1.1. Loucura: da Antiguidade à Contemporaneidade

Ao longo da história, a loucura foi concebida de formas diferentes, refletindo os valores, os conceitos e interesses presentes nas diversas sociedades. Suas diferenciadas concepções evidenciam os determinantes sócio-políticos, como também, a cultura de cada época. Conforme afirma Filizola *apud* Gomes (2005, p.39), “cada sociedade, em épocas diferentes, lidou com a loucura de uma forma, o que nos leva a afirmar que cada sociedade criou seu louco.”

Na Antiguidade a loucura conviveu, juntamente com a lepra e as doenças venéreas que assolavam à época um espaço moral de exclusão. Os loucos tinham uma existência errante, sendo comumente levados em barcos de um lugar para outro, de modo que fossem alijados da sociedade sã, pois representavam vergonha para as famílias e perigo para a sociedade. Esse costume é retratado na literatura da época, ganhando destaque a chamada Nau dos Loucos, composição literária que evidencia a grande viagem simbólica de um estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios carregando sua carga insana.

Conforme afirma Foucault (2007, p.11):

Algumas cidades escorraçavam os loucos de seus muros, deixando que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Em certas cidades importantes – lugares que passagem e feiras – os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável e eles eram ali “perdidos”, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários.

A loucura herdou uma estrutura de 19.000 leprosários distribuídos por toda a Europa, como também os valores e imagens ligadas a eles. Seria uma espécie de novo espantalho da sociedade, em sucessão a lepra. Segundo Foucault (2007, p. 15):

Assim é que o acesso as igrejas é proibido aos loucos, como também acontecia de alguns serem chicoteados publicamente e no decorrer de uma espécie de jogo passavam a seguir perseguidos numa corrida simulada, sendo escorraçados das cidades à bastonadas.

O fato é que não existiam procedimentos ou espaços sociais específicos para os loucos. Desse modo, restavam-lhes as ruas onde circulavam e sobreviviam da caridade da população ou fazendo pequenos serviços a particulares, sendo frequentemente alvos de chacotas e de violência da população.

Cabe destacar que na Grécia Antiga a loucura adquiriu um caráter divino. As palavras dos loucos eram consideradas mensagens dos deuses. Numa sociedade em que quase tudo tinha explicação mitológica, os delírios eram valorizados, pois eram considerados como avisos vindos das próprias divindades.

Nesse contexto, o louco passa a ser ouvido e tratado com respeito, haja vista o entendimento da loucura como um saber. Este saber, tão inacessível e temível, o louco o detém em sua parvoíce inocente, conforme registra Foucault (2007).

Com o tempo o caráter divino da loucura foi perdido. Durante os primeiros séculos da Idade Média a loucura passou a ser aceita com naturalidade. Era o tempo da loucura livre (FUHRER, 2000). Porém essa concepção foi logo modificada pelas profundas mudanças ocorridas nos aspectos social, econômico, político e cultural da época.

A partir do século XV, a face da loucura assume uma superfície considerável e assombra a imaginação do homem ocidental (FOUCAULT, 2007). A denominada Idade das Trevas<sup>1</sup> foi marcada pela repressão a tudo que era diferente do padrão estabelecido na sociedade e pelo predomínio do Teocentrismo<sup>2</sup> e do poder da Igreja Católica. Nesse contexto, a loucura desemboca num universo inteiramente moral, sendo encarada não como castigo, apenas como erro ou defeito:

Os loucos são os avaros, os delatores, os bêbados, são os que se entregam a desordem e a devassidão, os que interpretam mal as escrituras, os que praticam o adultério. Durante toda a Idade Média a loucura esteve ligada ao Mal e repousava inteiramente sobre uma má vontade, sobre um erro ético (FOUCAULT, 2007, p.25).

<sup>1</sup>Termo adotado pelos humanistas do século XVII, aonde generalizaram toda a civilização da Europa do século IV ao século XV como um tempo de ruína e flagelo.

<sup>2</sup>Teocentrismo é a filosofia ou doutrina que considera Divino o fundamento de toda a ordem no mundo. Nesta visão, o significado e o valor das ações feitas às pessoas ou ao ambiente são atribuídas a Divindade.

Tinha-se nesse período a visão do louco como um herege, um “possuído” por demônios, eram pessoas impuras e o melhor tratamento para os mesmos seria a total exclusão.

Com o Renascimento<sup>1</sup> as explicações dos fatos naturais impostas pela Igreja Católica passaram a ser questionadas. A responsabilidade de analisar e explicar os fenômenos naturais era dada agora à ciência e à razão. Inicia-se uma crise do poderio da Igreja e, conseqüentemente, o fim das explicações dos fenômenos com base na espiritualidade. O mundo viveu grandes mudanças, tanto nas ciências, quanto na economia e política. Tudo passou a ser analisado e explicado de maneira racional e, evidentemente, a loucura não se manteve fora dessa mudança.

A Renascença rompeu com uma realidade que tinha suas leis, sendo postas em questão os valores de outra época, de outra moral. A ascensão da loucura no horizonte da Renascença se dá pelo entendimento da mesma como um saber. Ela abandona esse lugar modesto que abrange apenas o campo da moral e dos vícios, passando a ocupar o primeiro posto. Loucura é esta renúncia ao mundo, é o abandono da vontade de Deus, é esta procura cujo fim não se conhece (FOUCAULT, 2007). A partir de então, a loucura passa a ser inscrita no universo da desrazão, da ausência de significação e posteriormente, da marginalidade.

A loucura, cujas vozes a Renascença libertou, vai ser reduzida ao silêncio através de um estranho golpe de força denominado “A Grande Internação”.

Na Idade Moderna (1453 a 1789), período no qual se estabelece a nova ordem burguesa e a expansão do capitalismo, surge na Europa os hospitais gerais, correspondendo a um espaço de exclusão das pessoas que não poderiam viver em sociedade por apresentarem doenças contagiosas, serem deficientes físicos, idosos, prostitutas, criminosos, ou seja, por ameaçarem a ordem estabelecida. Nessas instituições a responsabilidade de cuidar das pessoas era dos religiosos, não existindo assim uma prática médica.

Para Amarante (2007, p.23):

O hospital, por mais estranho que isto possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes.

<sup>1</sup> Movimento cultural, econômico e político, surgido na Itália no século XIV e se estendeu até o século XVII por toda a Europa.

O século XVII foi marcado pela criação de inúmeras casas de internamento que desempenhavam, ao mesmo tempo, um papel de assistência e de repreensão (SIQUEIRA, 2006). Os hospitais não desenvolviam apenas uma atividade filantrópica, mas também, cumpriam uma função de ordem social e política, punindo a ociosidade e reeducando para a moralidade.

Nessas instituições muitos médicos atuavam no sentido de adequar as pessoas ao novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa. Segundo Foucault (2007, p. 79).

O gesto que aprisiona tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais e que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto. É evidente que o internamento funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude.

Ainda tomando por base a produção de Foucault (2007), a partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos e ao gesto que lhe designava essa terra – o Hospital Geral – como seu local natural. Nesse contexto, o internamento dos loucos funcionava como um mecanismo social que traria a eliminação espontânea daqueles considerados como desnecessários para a sociedade.

As novas significações atribuídas, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a eles ligados determinam a experiência que se faz da loucura, a partir do século XVIII, e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2007). Desse modo, o enclausuramento do louco passou a ser percebido como desperdício de força de trabalho e um pesado custo para a sociedade. Os indivíduos antes aprisionados junto com os loucos são libertados permanecendo os loucos na reclusão, por serem destituídos de razão.

É no século XIX que a loucura passa a ter um novo status, adquirindo um caráter patológico e uma destinação fisiológica. Data desse período histórico o surgimento dos hospitais psiquiátricos e a transformação da loucura em doença mental. Essa nova concepção da loucura traz consigo a psiquiatria clássica e a



prática asilar, inserindo a loucura no âmbito geral de um sistema de poder, conforme veremos a seguir.

## **1.2. A Psiquiatria clássica e o hospital psiquiátrico: a loucura aprisionada**

O século XIX é o momento em que o saber psiquiátrico se inscreve no interior do campo da medicina e, ao mesmo tempo, adquire sua autonomia como especificidade (FOUCAULT, 2006).

O modelo epistemológico da ciência moderna cujos preceitos tinham por base a observação, a objetividade, permitiu que a psiquiatria se inscrevesse efetivamente no discurso científico. Conforme afirma Amarante (1995, p. 26):

A psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, assumindo uma matriz eminentemente positivista. Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria – assim como outros saberes do campo social – passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos (AMARANTE, 1995). Assim, surge a organização do hospital psiquiátrico e o desencadeamento de um sistema de poder que só é possível, aceito e institucionalizado no interior de estabelecimentos que recebem nessa época o estatuto médico. Esse poder que se estabelece é consequência do saber e da prática psiquiátrica que se desenvolve e traz, segundo Castel (1978, p.81) “a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico<sup>1</sup> das doenças mentais e a imposição de uma relação específica entre médico e doente”.

Desse modo, o saber psiquiátrico adquire formas e dimensões em ligação com o que é chamado de institucionalização da psiquiatria, mais precisamente com certo número de instituições onde o hospital psiquiátrico é a forma mais importante. Conforme afirma Amarante (2007, p.26) “os asilos psiquiátricos se tornaram, a um só tempo, espaço de exame, espaço de tratamento e espaço de reprodução do saber médico”. Com o passar do tempo tais espaços tornaram-se grandes depósitos de seres humanos, onde os métodos de tratamento utilizados nos pacientes eram: o

<sup>1</sup> Nas ciências médicas é a descrição das enfermidades e sistematização de diagnósticos

confinamento, o choque elétrico, o espancamento. Na mesma linha de raciocínio, descreve Foucault (2006, p. 38):

O asilo psiquiátrico, enquanto local de múltipla sujeição, reduz o vestuário ao elementar, programa as atividades e punições, exige trabalho, restringe a alimentação a um nível abaixo do conveniente, mantendo o interno em uma constante necessidade cuidadosamente arquitetada, em uma carência que é, em última análise, a carência de liberdade e de autonomia.

Para Gradella Jr. (2002), o hospital psiquiátrico vai, na verdade, favorecer o processo de cronificação do sujeito e ao cronificá-lo o condena ao internamento por toda a vida, ou seja, à morte em vida. Nesses espaços há a afirmação de um poder médico que, transvestido de cientificidade, nada mais é do que a imposição do modelo de racionalidade burguesa.

Além da força física e da ausência de liberdade empregada no tratamento nessas instituições psiquiátricas, temos o jogo racional calculado e administrativo do exercício do poder, que é chamado de disciplina. O poder disciplinar é um poder discreto, repartido, é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce (FOUCAULT, 2006).

Durante o século XIX, caberá ao médico exercer esta função de poder, que reduz a existência do indivíduo a seu corpo físico, despido de qualquer atributo social para além da loucura. Dentro das instituições psiquiátricas dos séculos XIX e parte do século XX, o médico é, acima de tudo, uma presença física, marca da dessimetria de poder que envolve a instituição cuja proposta é manter a ordem, organizar a loucura. O médico não possui o poder “por si”, ele ostenta o poder que emana das múltiplas articulações, uma rede composta por uma estrutura física: muros, grades, quartos; por outros funcionários: guardas, enfermeiros, ajudantes; e por outras instituições: justiça, polícia, enfim, uma disposição tática que viabiliza o exercício do poder.

Segundo Foucault (2006, p. 10) “é um campo de batalha que está efetivamente organizado no asilo” em uma luta cujo objetivo é vencer o louco, dobrá-lo frente à anônima ordem disciplinar, mais do que “curá-lo” de uma doença, sendo que, por vezes, há clara confusão entre obediência e cura, já que pouco havia de solidez epistemológica na prática psiquiátrica.

Desse modo, as instituições psiquiátricas enquadram-se no que Goffman (1974) denomina de “instituição total”, onde se imprime um projeto genérico a um coletivo de pessoas. Nesses espaços ocorre a perda de contato com a realidade exterior, o ócio forçado, submissão as autoridades instituídas e a perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Na psiquiatria clássica temos dois tipos de intervenção: a prática propriamente médica ou medicamentosa e o desenvolvimento do “tratamento moral”, que foi inicialmente definido pelos ingleses e rapidamente adotado na França, tendo como precursor o psiquiatra Philippe Pinel. Ele foi um dos primeiros a sugerir uma nova forma de tratamento e de concepção da loucura, ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento. Quanto a isso, afirma Amarante (2007, p. 29):

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do “tratamento moral”, o princípio do “isolamento do mundo exterior”, é uma construção pineliana. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo.

A “quebra das correntes” proporcionada por Pinel não é exatamente uma forma de humanismo, é uma transformação de certa relação de poder, que era de violência – a prisão, a masmorra, os grilhões – para uma relação de sujeição, que é a disciplina.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e na abolição das condutas tidas como inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza. Foucault (2006, p. 11), apresenta a definição da terapêutica psiquiátrica de Pinel:

É a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideias.

O que se encontra na psiquiatria clássica é a submissão, a fidelidade e a rendição por parte dos internos, como também, uma série de rituais de serviço que

são impostos por uns profissionais aos outros: dar ordens, obedecer a regras, observar, punir, recompensar. É nesse contexto que se destaca a participação de Jean-Étienne Dominique *Esquirol*, seguidor da psiquiatria científica iniciada por Philippe Pinel.

Esquirol defende a ideia de que a cura é adquirida no hospício, por sua estrutura e funcionamento. O que cura no hospital é o próprio hospital, ou seja, é a própria disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha ou como se é olhado nele, tudo isso é que tem em si valor terapêutico (FOUCAULT, 2006).

Esquirol ainda estabelece três elementos que devem ter função operatória na cura: a visibilidade permanente – o louco deve ser não só alguém que é vigiado, mas deve saber que é vigiado, pois isso tem em si valor terapêutico; o princípio da vigilância central – tem-se uma hierarquia constituída por guardas, enfermeiros, vigilantes, médicos que fazem relatórios uns para os outros, culminando no médico-chefe, único responsável pelo asilo considerado uma espécie de saber-poder unitário e absoluto; e o princípio do isolamento – dissociação do grupo, individualização proporcionada de preferência por uma cela (FOUCAULT, 2006).

Cabe destacar que o princípio do isolamento, enfatizado tanto por Esquirol quanto por Pinel, se dá também no âmbito do meio familiar. Na concepção da psiquiatria clássica a família é identificada como sendo, se não exatamente a causa, pelo menos a ocasião da alienação, ou seja, o que vai precipitar o episódio da loucura são as contrariedades, as preocupações financeiras, o ciúme amoroso, as tristezas, as separações, a ruína, a miséria. Tudo isso é o deflagrador da loucura e o que não vai parar de alimentá-la (FOUCAULT, 2006).

Desse modo, na disciplina psiquiátrica a regra que se estabelece é a de que nunca se pode curar um alienado na família. Logo, a entrada e a vida no asilo implicam necessariamente a ruptura com a família. Fodéré *apud* Foucault (2006, p.122-123) afirma que “quem é admitido num asilo entra num novo mundo no qual deve estar inteiramente separado dos parentes, amigos e conhecidos”.

A disciplina psiquiátrica, em sua forma global, através do internamento, criou também uma fonte de lucro apregoando que o louco não podia ser curado em casa. A partir do momento em que certo número de indivíduos pertencentes às classes abastadas também vão, em nome do saber que interna, ser marginalizados, vai ser

possível tirar deles certa quantidade de lucros. Conforme afirma Foucault (2006, p. 141) “vale dizer que vai se poder pedir às famílias que dispõem de meios, pagar para ser curado”.

A doença mental tornou-se assim, um objeto de lucro, uma mercadoria instaurando-se a chamada indústria da loucura (AMARANTE, 1994). Em nome dessa indústria da loucura, e da própria razão, vidas foram sepultadas, sonhos foram destroçados, inúmeros sujeitos foram eletrocutados e dopados, sendo decretada sua morte social (GRADELLA Jr, 2002; GOFFMAN, 1987).

Com o passar do tempo, a credibilidade dos hospitais psiquiátricos chega aos mais baixos níveis, haja vista as suas evidentes funções sociais de segregação dos segmentos marginalizados da população, as constantes denúncias de violências contra pacientes internados e a enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade. A situação dessas instituições caracteriza-se pela superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos e condições de hospedagem tão más ou piores que nos presídios (RESENDE, 1987).

As duas grandes Guerras Mundiais contribuíram para que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, foram criando condições e possibilidade histórica para um período de transformações na Psiquiatria. A este respeito, Amarante (2007, p.40) destaca que:

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana!

Cabe aqui registrar que no período pós-Segunda Guerra muitos questionamentos sobre o discurso psiquiátrico se evidenciaram, sobretudo no que se refere às características da instituição asilar e seu caráter de exclusão.

A partir daí surgem propostas na tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, passando a serem criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, apresentando propostas de tratamento bem diferentes daquelas observadas nessas instituições, isso inicialmente no cenário internacional, trazendo reflexos para o Brasil a partir do final da década de 1970, e contribuindo significativamente para o avanço do

desenvolvimento e consolidação da Reforma Psiquiátrica no país, conforme veremos na próxima discussão.

No entanto, é cabível ressaltar que apesar da Reforma em tela ter representado um grande marco na história da saúde mental, ainda deixa muito à desejar em decorrência do processo de desmonte em que a mesma vem enfrentando desde da sua gênese, pois mal nasceu e já passou por uma série de questões que não a fazem ser desenvolvida conforme desejada e apregoada, dificultando o acesso e execução devida para quem faz uso da política de saúde mental operacionalizada pelo SUS, gerando uma grande contradição entre o discurso e a prática.

## 2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste item iremos abordar a Reforma Psiquiátrica e os seus impactos para a sociedade em um contexto em que a loucura, apesar de muitas avanços nas discussões em torno do assunto, ainda era tratada de forma pejorativa, e eivada de muitos preconceitos.

### 2.1 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 sequestra e aprisiona aqueles aos quais pretende libertar? Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?” (FOUCAULT, 2006, p.70)

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.

Destaca-se neste processo a participação de 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 das pessoas com doença mental.

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, assembleias 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 foi a formulado um pensamento e uma prática institucional voltados para a ideia 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.

Cabe notar que 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 das pessoas com transtornos mentais.

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 surge em fins da década de 1970, conforme veremos a seguir.

## 2.2. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreto, 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 configurou como um 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 foi a “crise da DINSAM” que é como ficou 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 lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

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

Na década de 1980, ocorreu, no Congresso Brasileiro, o 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, dispondo de proteção e direitos as pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, vários estados e municípios passaram a elaborar suas próprias leis.

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 transtornos mentais 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 perpassam 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 das pessoas com transtornos mentais, 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, entraram 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 a consolidação da Reforma Psiquiátrica, como veremos adiante.

### 2.3. A Política Nacional de saúde mental e os novos dispositivos assistenciais

Após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº 3.657/89 foi aprovada e sancionada pelo Presidente da República, no dia 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com 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 dispõe. 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 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.

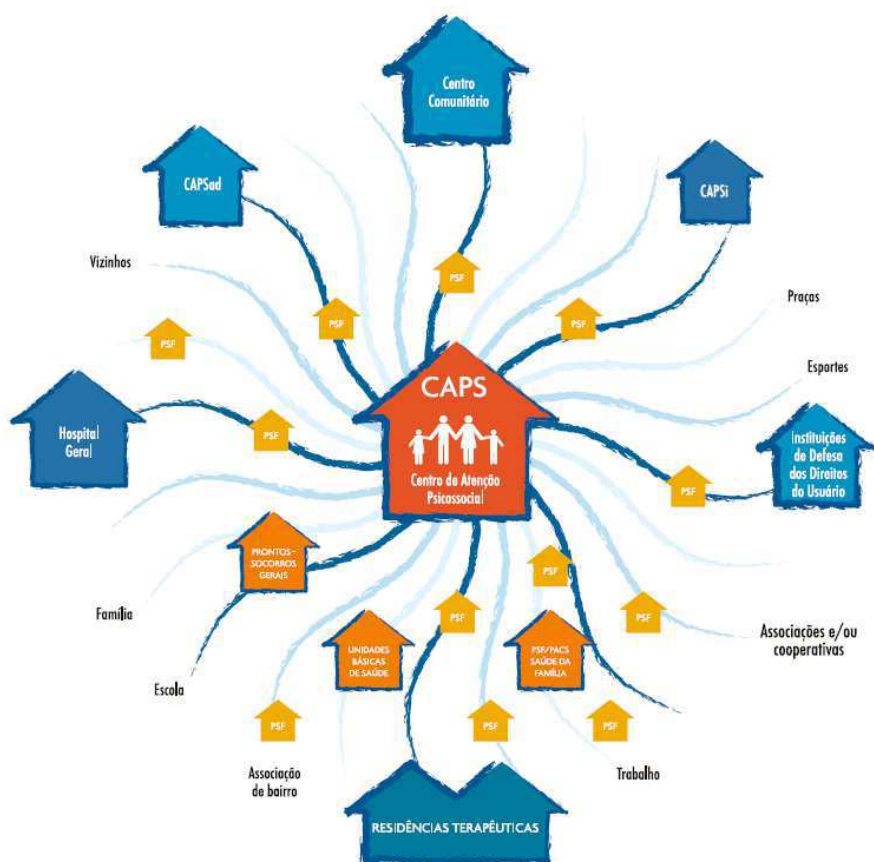
Partindo dessa premissa, destacamos o princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários atores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Quanto a isso, afirma Amarante (2007, p.86):

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 da página posterior mostra a rede de atenção à saúde mental:

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Nesse contexto, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Uma grande diversidade de serviços e modalidades de atenção e cuidados em saúde mental passa a ser adotada, ampliando as opções terapêuticas e assistenciais 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 principal 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.

A 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 população de áreas geográficas definidas, facilitando o acesso dos usuários 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 reportam os dados da página seguinte:



**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
<b>Total</b>	<b>533</b>	<b>138</b>	<b>671</b>	<b>2829</b>

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 principal 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.

A partir da criação destes 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 com transtornos mentais. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

### 2.3.1 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, destacam-se 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 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 ambulatorios 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, assistenciais 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 enfatizar 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 crise, sem 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.

Portanto, 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 imprescindível 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.

#### 2.4. Situando a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB

Em muitos municípios do Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica produziu mudanças importantes na atenção à saúde mental. Campina Grande também vivenciou tal processo. Localizada no interior da Paraíba, com uma população de aproximadamente 411.807 mil habitantes, o município apresenta uma demanda significativa no tocante à saúde mental.

Segundo registros de Braga (2003), desde a década de 1960, o município atendia pessoas com transtornos mentais 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 as pessoas com transtornos mentais (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, capital da Paraíba, e Campina Grande/Pb (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 a 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 as pessoas com transtornos psíquicos 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/PB, 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/PB, culminando na transferência dos usuários 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/PB foi, indiscutivelmente, um impulsionador da Reforma Psiquiátrica local, pois a partir do mesmo, o município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar das pessoas com 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 à saúde mental e, conforme registros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), apesar dos entraves e dificuldades, Campina Grande/PB 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 aos usuários, garantindo-lhes o acesso aos seus direitos.

Atualmente, a rede de atenção à saúde mental em Campina Grande/PB 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).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 BIBLIOGRÁFICAS

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

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

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr, 2009.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dados em saúde mental**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: abril de 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.