

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

PERCEPÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE DE ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

KÁTIA HELENA DA SILVA SALES

JOÃO PESSOA
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

PERCEÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE DE ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

KÁTIA HELENA DA SILVA SALES

JOÃO PESSOA
2010

KÁTIA HELENA DA SILVA SALES

PERCEPÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE DE ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA
2010

KÁTIA HELENA DA SILVA SALES

PERCEPÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE DE ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito para obtenção do título de
Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti (UFPB) – Orientadora

Profa. Dra. Maria de Fátima Melo do Nascimento (UFPB) – Examinadora

Profa. Dra. Caroline de Oliveira Martins (UFPB) – Examinadora

JOÃO PESSOA
2010

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo principal analisar historicamente o desenvolvimento da Política de Assistência a Saúde mental no Estado da Paraíba. Para tanto, configura uma discussão que abarca a dinâmica do processo de construção, no que se refere ao cenário da assistência psiquiátrica em algumas conjunturas sociais, bem como sua representação em períodos históricos diversos. A questão principal que se coloca, é a discrepância em torno das primeiras manifestações no cenário mundial, no que tange ao enfrentamento da “loucura”, tal como era percebida em diferentes contextos sociais. Para vislumbrar este questionamento, o presente estudo recorreu à análise de vários autores, que eficazmente reconstrói o percurso desta assistência, e que fizeram uma abordagem sobre a constituição da psiquiatria colocando em debate algumas idéias centrais relacionadas à mesma. Como por exemplo, a idéia que considera como construção sócio-histórica a invenção da psiquiatria e seu objeto, a doença mental, bem como uma redução social das pessoas acometidas por transtornos mentais, tendo como resultante a sua completa exclusão do mundo. Discute também acerca dos primeiros movimentos que impactaram e convergiram para um conjunto de ações inovadoras no quadro da assistência à saúde mental, de tal modo que impulsionaram uma série de movimentos de reforma psiquiátrica na maior parte do mundo. A partir dessas experiências, foram se formulando políticas públicas específicas, voltadas ao doente mental, que tentaram conciliar a assistência com a inclusão social. Em consequência desta nova abordagem, se constituiu um cenário com mecanismos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, e por meio do qual se começou a estruturar uma nova percepção em torno do indivíduo com adoecimento mental. Finalmente, este estudo considera como relevante a concretização de novas relações, entre o doente mental e seus respectivos cuidadores, no processo da assistência psiquiátrica.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Assistência Psiquiátrica. Estado da Paraíba.

ABSTRACT

The present master's thesis aims to analyze historically the development of the Mental Health Assistance Policy in the State of Paraíba (Brazil). In order to do that, this work carries out a discussion involving the psychiatric assistance in several social conjunctures, as well as its representation in diverse historical periods. The main focus is the worldwide discrepancy towards the first ways of confronting "madness", as it was conceived in the different social contexts. In order to glimpse at this issue, the present study analyzed several authors who not only approached the constitution of psychiatry, but also discussed its central ideas. As an example, the concept which considers as a social-historical construction, the invention of psychiatry and its object, the mental disease, along with the social degradation of mentally ill people resulting in their complete exclusion from the world. Such analysis has effectively permitted to rebuild the path of psychiatric assistance. It is also observed the first outstanding movements which converged to a number of innovative actions in the context of mental health assistance, so that prompted a series of psychiatric reform movements in most of the world. From these experiences, there have been formulated public and specific policies, directed to the mentally ill patient, which attempted to reconcile the assistance with social inclusion. As a result of this new approach, it has been established a scenery with mechanisms to substitute hospital-centered model, through which it began to be designed a new perception about the mentally ill individual. Finally, this study considers important to achieve a new relationship between mental patients and their caregivers, in the psychiatric assistance process.

Key-words: Mental Health Policy. Psychiatric Assistance. State of Paraíba.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre comigo, iluminando e conduzindo os meus passos, dando-me a força necessária, saúde e sabedoria para administrar as minhas tarefas,

Aos meus queridos pais pelo incentivo, cuidado e amor, demonstrados durante toda a minha vida, e também, neste momento e etapa que agora se consolida,

A minha família, por todo o apoio durante esta jornada, pelo exemplo de amor, união e disponibilidade para ajudar-me, e paciência nos momentos em que estive ausente,

A todos os meus amigos, por contribuírem com paciência e compreensão,

As minhas colegas do Curso de Mestrado, em especial Ana Quércia, Livia, Isabel, Roberta e Michele pela amizade, paciência, colaboração e companheirismo vivenciados ao longo dos anos,

A Professora Maria de Fátima Melo, pelo companheirismo e dedicação destinados a mim, o que contribuiu em muito para a concretização deste momento,

A equipe técnica do Programa de Pós-Graduação em serviço, pelo exemplo profissional.

A minha querida orientadora, Patrícia B. Cavalcante por sua paciência, compreensão e excelente orientação na constituição desse trabalho, além do exemplo de larga competência.

Aos indivíduos participantes e atores protagonistas da pesquisa, no momento da coleta de dados,

Por fim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão deste Mestrado em Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CES/PR	Conselho Estadual de Saúde do Paraná
CHLM	Complexo Hospitalar Juliano Moreira
CAR	Colônia Agrícola de Reabilitação
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PPA	Plano de Pronta Ação
PVC	Programa de Volta pra Casa
PAC's	Agentes Comunitários de Saúde
PSF's	Programas de Saúde da Família
SNDM	Serviço Nacional de Doença Mental
SRT	Serviço de Residência Terapêutica

LISTA DE FIGURAS

Figura nº. 1 - A Cura da Loucura - Extração da Pedra da Loucura (1475-1480) de Hieronymus Bosch	p. 29
Figura nº. 2 - Doente mental sendo exorcizado	p. 33
Figura nº. 3 - Phillipp Pinel	p. 36
Figura nº. 4 - Paciente sendo libertada das correntes por ordem do Dr. Phillip Pinel em Salpêtrière-Paris- 1795	p. 38
Figura nº. 5 - Hospício D. Pedro II, Gravura Victor Frond, 1852	p. 41
Figura nº. 6 - Colônia do Juqueri	p. 44
Figura nº. 7- Trabalho agrícola	p. 45
Figura nº. 8- Pacientes das colônias da Ilha do Governador	p. 45
Figura nº. 9 - Aviários das colônias da Ilha do Governador	p. 45
Figura nº. 10-Hospital Colônia – agrícola Rio Grane do Sul	p. 46
Figura nº. 11- Juliano Moreira	p. 48
Figura nº. 12 - Usuária do Programa de Volta para Casa	p. 86
Figura nº. 13 - Figura nº13- Apresentação atualizada da unidade do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira no Estado da Paraíba	p. 103

LISTA DE QUADROS

Quadro nº. 01 - Primeiros hospícios públicos para alienados no Brasil	p. 43
Quadro nº. 02 - Explicitação da Lei 10.216/2001-Paulo Delgado	p. 72
Quadro nº 03 - Implantação dos CAPS por número de habitantes	p. 77
Quadro nº. 04 - Número de CAPS implantados por UF	p. 78
Quadro nº 05 - Doações encaminhados “à Santa Casa” pelo ato nº 566 de 22 de Outubro de 1875	p. 100
Quadro nº 06 - Remuneração mensal dos funcionários do Hospital Colônia Juliano Moreira	p. 114
Quadro nº 07 - Investimentos do Estado na implantação do Hospital Colônia Juliano Moreira	p. 105
Quadro nº 08 - Rede atual da Política de Assistência Psiquiátrica na Paraíba	p. 135

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 01 - Evolução do número de Hospitais Psiquiátricos	p. 53
Gráfico nº 02 - Redução do número de internos nos Estados	p. 55
Gráfico nº 03 - Expansão anual dos CAPS (da década de 1980 A 2006)	p. 73
Gráfico nº 04 - Proposta da Rede de Saúde Mental segundo a Reforma Psiquiátrica	p. 75
Gráfico nº 05 - Representação da cobertura de CAPS por 100.00 habitantes	p. 80
Gráfico nº 06 - Serviços residenciais terapêuticos em funcionamento (2002 a 2006)	p. 83
Gráfico nº 07 - Representação da ocupação exercida pelos participantes	p. 118
Gráfico nº 08 - Representatividade do tempo de experiência dos profissionais .	p.119
Gráfico nº09 - Representação gráfica do quadro dos elementos de avanço na trajetória da Política de Saúde Mental na realidade do Estado	p. 129
Gráfico nº 10 - Estimativa no quadro de desafios que se fizeram presentes no desenvolvimento da assistência psiquiátrica pública na Paraíba	p. 130
Gráfico nº 11 - Dados relacionados à operacionalização dos serviços nos ambulatórios	p. 133
Gráfico nº 12 - Retrato da dinâmica nas residências terapêuticas, a partir da visão dos entrevistados	p. 134
Gráfico nº 13 - Representação gráfica do gênero dos participantes entrevistados	p. 137
Gráfico nº 14 - Representação do grau de instrução dos atores participantes	p. 138
Gráfico nº 15 - Representação do âmbito de intervenção profissional dos participantes	p. 139
Gráfico nº 16 - Representação da ocupação atual dos profissionais entrevistados	p. 139
Gráfico nº 17 - Amostra do tempo de experiência profissional dos entrevistados	p. 140

Gráfico nº 18 - Representação do nível de contribuição da Reforma Psiquiátrica à dinâmica do Estado	p. 141
Gráfico nº 19 - Descrição gráfica do grau de resolutividade dos serviços substitutivos na assistência psiquiátrica	p. 142
Gráfico nº 20 - Representação gráfica do atendimento à demanda da assistência psiquiátrica	p. 143
Gráfico nº 21 - Representação do grau de efetivação dos CAPS	p. 144
Gráfico nº 22 - Representação do quadro de Recursos Humanos para enfrentamento da demanda de assistência psiquiátrica pública	p. 145
Gráfico nº 23 - Amostragem gráfica da contribuição no que concerne a formação acadêmica para a dinâmica das ações em torno da assistência psiquiátrica pública	p. 145
Gráfico nº 24 - Representação da relação entre os mecanismos substitutivos da assistência psiquiátrica pública e a comunidade beneficiada pelos mesmos	p. 146
Gráfico nº 25 - Demonstrativo das ações de incentivo promovidas pelos CAPS em articular-se com a comunidade	p. 147
Gráfico nº 26 - Representação da relação atual Gestão estadual com a Política de Saúde mental	p. 147
Gráfico nº 27 - Representatividade da compreensão dos participantes no que diz respeito aos recursos financeiros que são destinados à manutenção dos CAPS no Estado	p. 148
Gráfico nº 28 - Representação do impacto das ações que são desenvolvidas pelos CAPS	p. 149
Gráfico nº 29 - Representatividade das perspectivas dos entrevistados com relação às ações desenvolvidas pelos CAPS	p. 149

LISTA DE TABELAS

Tabela Nº 01 - Eixos da IV Conferência de Saúde Mental	p. 95
Tabela nº 02 - Atribuições para o Relatório Anual de Gestão em atenção à Saúde Mental	p. 113
Tabela nº 03 - Retrato dos aspectos inovadores na realidade das condições em nível local, em consonância com os ideais do Movimento de Luta Antimanicomial	p. 124
Tabela nº 04 - Grau de efetivação do Decreto Lei nº 3.298/99 em nível local	p. 128
Tabela nº 05 - Dados referentes às atividades desenvolvidas pelos CAPS	p. 131
Tabela nº 06 - Identificação da articulação entre a Gestão estadual e as ações da Política de Saúde Mental	p. 134
Tabela nº 07 - Modelos de Assistência em saúde Mental	p. 136

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	p. 13
2 O LUGAR DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	p. 27
2.1 Política de Assistência a Saúde Mental no contexto internacional	p. 27
2.2 Análise sobre a Trajetória da Política de Saúde Mental no cenário brasileiro	p. 39
3 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA NO CONTEXTO ATUAL	p. 67
3.1 Ecos da Reforma Psiquiátrica	p. 67
3.2 A Política de Saúde Mental na Paraíba	p. 97
4 PERCEPÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO PARAIBANO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE PSIQUIÁTRICA PÚBLICA	p. 118
4.1 Dados de identificação dos atores privilegiados	p. 118
4.1.1 Perfil dos entrevistados	p. 118
4.1.2 Percurso histórico da assistência psiquiátrica da Paraíba na visão dos atores privilegiados	p. 119
4.1.3 Percepção sobre a Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro	p. 122
4.2 Visão política acerca da Política de Saúde Mental na Paraíba	p. 125
4.2.1 Percepção dos profissionais sobre o desenvolvimento da Assistência Psiquiátrica no estado paraibano	p. 125
4.2.2 Visão da atual Política de Saúde Mental na Paraíba	p. 128
4.3 Dados de identificação dos trabalhadores em Saúde Mental	p. 137
4.3.1 Perfil dos entrevistados	p. 137
4.3.2 Visão política acerca das ações dentro do contexto da Política de Saúde Mental na Paraíba	p. 140
5 CONCLUSÃO	p. 151
REFERÊNCIAS	p. 158
ANEXO A	p. 164
ANEXO B	p. 165
ANEXO C	p. 172
ANEXO D	p. 175

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da doença mental tem acompanhado a história da humanidade assumindo em cada época o significado que o contexto histórico, político, econômico e sociocultural lhe atribui. A loucura atravessou séculos, configurando um desafio aos estudiosos do assunto que buscavam suas causas, bem como determinar métodos de cura e/ou enfrentamento da problemática. Deste modo, os que padeciam com o transtorno mental, através dos períodos foram submetidos a diferentes maneiras de tratamentos, sendo vistos ora como loucos, diferentes, alienados ou estranhos que não ofereciam perigo à sociedade, ora como seres estranhos e alheios a realidade e nocivos ao convívio social.

A discriminação acompanha a doença mental e pode afetar o indivíduo em todas as suas vivências no âmbito familiar, profissional e social. Os portadores de transtornos psiquiátricos podem inclusive, não trazer características físicas, mas, incorporam as derivadas de atitudes e críticas preconceituosas que marcam profundamente, tornando o estigma da doença mais doloroso e pesado do que a própria.

No que se refere à conjuntura brasileira, há muito se faz presente o debate que se assenta na discussão sobre uma reformulação na oferta dos serviços da Política de Saúde Mental, que resulte numa vivência social de modo que os envolvidos com a mesma possam usufruir de seus direitos enquanto cidadão. Uma aproximação dessa almejada realidade, pode ser vista a partir da elaboração de alguns regulamentos no campo da Política de Saúde, o que abarca a saúde mental.

Dentre estas propostas regulatórias está a Constituição Federal (CF) DE 1988, que pode ser citada com maior destaque, através do Título VIII que trata da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social. Além das Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e 8.142/90. Estas sistematizam metas, que visam à transformação da dinâmica política e social, no que concerne a assistência à saúde, contemplando para esta transformação, entre outros aspectos, a participação efetiva da sociedade na elaboração, execução e controle da política de saúde.

A presente Dissertação descreve e analisa exatamente o processo histórico em que se desenvolveu a Política de Assistência a Saúde Mental, considerando alguns aspectos em nível mundial e também nacional para sistematizar uma abordagem no

cenário do Estado da Paraíba, no que se refere às manifestações desta referida política.

Dessa forma, pretendeu-se contemplar e examinar no campo da Política de Saúde, as expressões da Proteção Social na Política de Saúde Mental frente à demanda que lhe é posta. Essa discussão é perpassada por alguns obstáculos, tendo em vista que pensar na questão da saúde mental é refletir no próprio homem, sua existência e condição como ator do processo social, em que interfere e ao mesmo tempo, recebe interferências.

O que implica considerar as diversas concepções atribuídas à loucura e a normalidade ao longo da história humana. Também, as atribuições conferidas ao doente mental, que na maioria das vezes corrobora com a falta de respeito e culminam na exclusão social do mesmo. Pois na sociedade contemporânea, a estima pelo indivíduo pauta-se pelo que ele pode contribuir para o processo de produção e reprodução das relações, dentro do sistema capitalista, não importando o sujeito, seus sentimentos e idéias. Dessa forma, a pessoa com adoecimento mental, é sempre colocada à margem da sociedade.

Assim, esta realidade exigiu a sistematização de estruturas e mecanismos que propiciassem uma nova compreensão de enfrentamento para a problemática em questão, objetivando um processo de inserção social do indivíduo, que pode ser entendida como,

[...] um processo de remoção de barreira, que impede a plena integração da pessoa na sua comunidade e o pleno exercício dos seus direitos, de sua cidadania, quer essa pessoa seja portadora ou não de uma doença definida pela medicina [...] (SARACENO, 1996, p. 151).

Dessa maneira, os serviços que operacionalizam as ações de saúde mental devem ter o potencial de expandir novas descobertas referentes aos transtornos mentais, às formas de cuidar e de inserção psicossocial, buscando alcançar uma maior sensibilização dos atores envolvidos diretamente e da população em geral, quanto ao seu papel em desmistificar as concepções pejorativas atribuídas ao doente mental. Dando a conhecer que a origem dessa problemática engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais e outros.

Assim, torna-se evidente a relevância no que concerne ao enfrentamento e até a superação dos estigmas impostos, que requisitam a divulgação de conhecimentos

contextualizados que favoreçam a compreensão das representações dessa Política, para os que dela demandem Proteção Social.

O referido trabalho intitulado, **Percepções da Políticas de Saúde Mental na Paraíba na perspectiva dos trabalhadores da Rede de Assistência Psiquiátrica Pública**, prioriza uma melhor compreensão do processo de desenvolvimento da assistência psiquiátrica no Brasil. Sinalizando que o quadro da assistência a saúde pública no cenário nacional, vem sofrendo modificações, sobretudo, desde a década de 1980, quando emerge no país o movimento sanitarista, propondo uma reforma substancial nas formas de prestação dos serviços de saúde à população. Aponta a Reforma Psiquiátrica como resultante dos movimentos dos trabalhadores de saúde, que atuaram paralelo ao processo de redemocratização do país, o que originou um novo modelo de assistência psiquiátrica que vigora até os nossos dias.

Nessa perspectiva, é perceptível que a área da assistência psiquiátrica pública também vem sofrendo modificações particularmente após a concreta operacionalização do Sistema único de Saúde (SUS). No âmbito da saúde mental essas transformações foram expressas através da luta pela Reforma Psiquiátrica, seguindo os princípios adotados pela Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Psiquiátrica se iniciou no cenário brasileiro na década de 1970 e se consolidou mediante Leis e Portarias a partir da década de 1990, exigindo-se dessa forma, maior integração das ações nos serviços da Política de Saúde, bem como novas formas de organização, no âmbito da Saúde Mental.

É possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica foi resultante de pesadas críticas contra o modelo tradicional de enfrentamento da doença mental e seu paradigma propõe que o portador de transtorno mental, seja percebido sob um novo olhar, com mais sensibilidade, denotando maior maturidade política das entidades e movimentos sociais envolvidos com a saúde mental, à medida que se promove a desinstitucionalização nos campos jurídico, político e sócio econômico. Prevê também o fechamento gradativo dos manicômios, a redução das hospitalizações, enfocando como prioritário as práticas e serviços de base comunitária.

O objeto da atenção à saúde volta-se para a luta pela cidadania, autonomia e integração do portador de transtorno mental na família e na sociedade. Nessa compreensão a Reforma Psiquiátrica decorre das lutas, no plano político e ideológico e no técnico- cultural, que transformaram a norma legal e determinaram

novas responsabilidades para o Estado, na proteção da saúde das pessoas vítimas do transtorno mental, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

Neste sentido, o desenho no que se refere ao modelo de atenção e assistência psiquiátrica, que não exclua o usuário de seu convívio social, configura um importante desafio. Este processo pode ser caracterizado por profundas mudanças que, dentre outras ações, requer a criação de uma rede de serviços de saúde substitutiva aos hospitais psiquiátricos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras do sofrimento psíquico.

Embora SE possa considerar como sinal de progresso, o fato de que nos últimos anos ocorreu uma estruturação no que se refere à Rede de Atenção em Saúde Mental em todo o país para fins de desospitalização, tem sido evidente também que em alguns lugares ainda existe a tendência dos usuários à cronificação, pois estes continuam sendo atendidos exclusivamente por serviços de saúde mental, quando de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica deveriam ser gradativamente direcionados para os cuidados da Rede Básica. Observa-se ainda um elevado índice de atendimento nos serviços especializados em saúde mental. O que acaba por dificultar o fluxo de atendimento, a eficácia e a eficiência dos serviços.

Este estudo foi motivado por profundas inquietações sobre a assistência psiquiátrica que é destinada ao doente mental na contemporaneidade, como também, por alguns questionamentos relacionados à concretude dos preceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica, com respaldo na Política de Saúde Nacional e na CF de 1988.

Neste sentido, a primeira experiência com a política de saúde mental ocorreu no ano de 2006, com a participação no processo de Estágio supervisionado, que é disciplina no curso de Serviço Social, em cumprimento da Disciplina Estágio Supervisionado I, II e III, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) no Bairro de Mandacarú, em João Pessoa/PB. A partir daquele período, algumas situações tornaram-se instigantes e passaram a compor e a desenhar a atuação no contexto daquela instituição.

Iniciar as atividades constituiu-se não apenas como um processo novo, mas, também como um desafio. Assumir o papel como estagiária, fazia crer que seria possível desenvolver atividades sem maiores complicações. No entanto, este anseio logo se desvaneceu, tendo em vista que as atividades relacionadas ao Estágio, se

caracterizavam por antagonismos e impasses da própria dinâmica do trabalho que era realizado.

A partir das primeiras ações, foi possível pontuar algumas observações em torno das pessoas que ali chegavam e, sobretudo, dos indivíduos que demandavam atenção da assistência a saúde mental. Ficou perceptív, em decorrência de alguns acontecimentos, que a operacionalização do atendimento àquelas pessoas, representava um desafio, não apenas para o campo de estágio da categoria do Serviço Social, mas, também, para todo o corpo técnico da Instituição. E na condição de estagiária da instituição, se fazia presente, muito mais perguntas do que respostas.

Na realidade local era evidente, por exemplo, que os portadores de transtorno mental careciam de proteção social, não apenas de forma pontual, mais em todos os aspectos de suas vidas. Além disso, era do conhecimento de todos que estes teriam o direito a assistência quanto às necessidades que apresentavam, dentro do sistema público de saúde, assim como defende a Política de Saúde Nacional. No entanto, um dos maiores desafios que se colocava para os profissionais, estava relacionado à inserção desses indivíduos na Rede de Saúde mental. Inclusive, a falta de clareza nas ações desta Rede em nível local era perceptível, o que contribuía para dificultar ainda mais os devidos encaminhamentos dos doentes mentais, de modo a alcançar um resultado eficaz.

Na busca de melhor identificar e desenvolver atividades em torno das pessoas que padeciam com esta problemática, começou-se também a identificar que determinados aspectos daquela dinâmica não estavam em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que aquelas pessoas não usufruíam do mínimo, no que se refere ao que estava garantido por Lei: lazer, moradia, convívio familiar e social, assistência medicamentosa e terapêutica, etc. E mais, era perceptível que a estrutura do enfrentamento e tratamento tradicional que era ofertado, ainda era aceito como o mais adequado à aquelas pessoas, e que esta era uma cultura que se fazia presente também, na dinâmica de muitos profissionais.

Dessa forma, implementar outras ações relacionadas a problemática, ultrapassava em muito a competência técnica de uma única categoria, ou mesmo de uma única unidade de assistência social. Além disso, ficava cada vez mais claro que uma política local de saúde mental até então, não era prioridade na agenda de planejamento das ações de saúde do município. Esta realidade se agravava, pela

inexistência de serviços extra-hospitalares locais satisfatórios e pela escassez de profissionais qualificados em saúde mental.

As inquietações com as ações de assistência a saúde mental se colocaram de forma especial também, pelo fato de que neste cenário se desenvolve também a experiência pessoal, enquanto demanda da proteção psiquiátrica. Tendo em vista que, além de pesquisadora da temática, sou também cuidadora de um indivíduo com transtorno mental e que, portanto, demanda proteção social desta política. Como tal, sempre tive acesso, mesmo que de maneira incipiente a assistência psiquiátrica para este familiar. Entretanto, esta não foi à realidade que encontrei no campo de estágio. Na maioria das vezes, aquelas pessoas dispunham minimamente do acesso a Rede de Saúde Mental. Faltavam-lhes até mesmo esclarecimentos no que se refere ao leque de direitos e garantias sociais.

Foram estas vivências e contradições que fomentaram a pesquisa e o estudo sobre a condição do doente mental. Inclusive, ontuando o nível de (re)inserção social deste. Esta análise teve início com o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), de Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB, e depois instigaram o aprofundamento da discussão. Naquele momento, houve a oportunidade de concretizar este anseio, com o suporte disponibilizado pelos profissionais do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Barreto Cavalcanti, quando se tornou possível cursar o Mestrado em Serviço Social, na área de concentração em Política Social, com o presente trabalho de Dissertação, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da referida instituição.

Ao longo do Mestrado, foi sistematizada a oportunidade de amadurecer a idéia de que é preciso redimensionar os mecanismos de cuidado em saúde mental, como espaços legítimos de acolhimento capazes de contribuir para o processo de inversão do modelo tradicional de assistência psiquiátrica, bem como definir de forma mais clara em nível nacional e, sobretudo, no âmbito estadual a Rede de atenção a esta temática.

Algumas diretrizes políticas apontam para esta possibilidade, como por exemplo, a aprovação da Lei Paulo Delgado, 10.216/2001. Esta defende a concretização no que se refere aos direitos civis e políticos dos doentes mentais, como também a extinção gradual dos manicômios e a sua substituição por serviços substitutivos, por meio dos quais se podem proporcionar uma atenção integral aos

mesmos. Também, defende a internação apenas em situações emergenciais em hospitais gerais, com período mínimo de internação.

Bem pouco tem se produzido em torno das práticas psiquiátricas que são desenvolvidas pelas instâncias envolvidas com a problemática, locais onde muitos profissionais de saúde mental e outros atuam e acabam por se deparar com uma infinidade de impasses. Apenas recentemente, é que alguns autores passaram a trazer à tona essa discussão, em grande parte, influenciados pelas discrepâncias em torno do que se propõe e do que se operacionaliza. Essa nova configuração das ações faz emergir novos problemas e/ou dilemas que abarcam as dimensões, teórica e metodológica, de um campo de conhecimento que está em construção.

Assim, chegou-se a um dos pontos importantes da pesquisa em curso, que é o procedimento metodológico. Representa o momento exploratório da investigação que assim como define alguns autores, é de suma importância para a pesquisa, enquanto processo de construção do conhecimento que se almeja.

O conhecimento científico é um processo desencadeado progressivamente, que emerge da coexistência ou da relação entre teoria e prática, sendo que a prática é o fundamento da teoria. É o aperfeiçoamento do conhecimento comum e ordinário e é obtido através de um procedimento metódico. Além de ater-se aos fatos, é analítico, comunicável, verificável, organizado, sistemático, explicativo, e constrói e aplica leis (BARROS, 1994).

Este se dá em torno de procedimentos que são percebidos como a fase de operacionalização do processo investigativo. Configura-se enquanto mecanismo de produção do conhecimento, tornando possível a previsão, explicação e o controle de determinado objeto de estudo. Dessa forma, compactuamos com a idéia de que a metodologia é

[...] o caminho do pensamento e da prática na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas [...] (MINAYO, 1996, p. 16).

Dessa forma, o processo da pesquisa se deu em dois momentos complementares. O primeiro foi o da investigação documental, por meio da qual se buscou a apreensão dos elementos e especificidades mais relevantes da realidade envolta na temática. Em seguida, houve o momento da formalização das informações adquiridas, com o uso de instrumentos previamente escolhidos e que

foram aplicados de forma a corroborar com a explanação acerca do problema da pesquisa.

Esta fase da investigação é caracterizada por alguns aspectos, entre os quais é possível destacar a identificação e delimitação do campo de investigação. Nesta direção, essa pesquisa procurou aproximar-se ao máximo possível da realidade da Política de Assistência à Saúde Mental no Estado da Paraíba, e especialmente, por considerar aspectos extraídos a partir da visão dos profissionais que atuam com a problemática.

Por isso, considerou-se como imprescindível analisar historicamente as faces que configuraram a referida política nos níveis nacional e local, delimitando o recorte da década de 1970 até a atualidade. Esta sistematização teve início em Junho de 2010 e percorreu um período de 04 meses, tendo em vista, as dificuldades encontradas para reunir as informações desejadas e necessárias ao desenvolvimento da pesquisa nos documentos pesquisados e com os profissionais entrevistados.

Assim, esta investigação teve como objetivo geral analisar o percurso histórico da assistência psiquiátrica pública na Paraíba levando em consideração a percepção dos atores sociais envolvidos com tal prestação de cuidados. Tendo em vista que como atores, estes deliberaram muitas das modificações que hoje perpassam a Política de Assistência a Saúde Mental, no Estado da Paraíba. Para compor o quadro dos objetivos específicos, procurou-se contribuir para o registro histórico das ações de saúde mental na esfera pública, bem como cartografar como hoje vem se colocando tal assistência na visão dos profissionais da Rede.

O procedimento metodológico desta pesquisa foi de cunho quanti- qualitativo, embora haja nesse trabalho uma tendência em priorizar o qualitativo. Neste respeito, a análise que aqui se formata, destaca esta abordagem como imprescindível ao sentido social da prática científica. Além disso, a pesquisa qualitativa favorece uma relação dinâmica entre o pesquisador e o objeto pesquisado, já que ela se baseia na existência de uma interdependência entre o sujeito e o objeto, uma relação objetiva entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Conforme afirma Chizzoti, ao enfatizar a pesquisa qualitativa,

A própria atividade pesquisadora tende a se expandir como uma forma de ensino-aprendizagem nas quais as novas gerações serão

formadas e, com isso a pesquisa, como uma prática social relevante tenderá cada vez mais a trazer novas questões teórico-metodológicas nos anos vindouros. O aumento considerável de publicações sobre questões epistemológicas, metodológicas e técnicas da pesquisa atesta não só o interesse crescente por uma atividade em franco desenvolvimento, mas, também, ágama de questões suscitadas com o incremento da pesquisa.

Na pesquisa bibliográfica intencionou-se conhecer a percepção da doença mental em diferentes épocas, bem como a dos respectivos pensadores e estudiosos em relação à doença e ao enfrentamento/tratamento destinado, com enfoque nos movimentos de Reforma Psiquiátrica que surgiram no século XX. Neste sentido, ressalta-se o modelo psiquiátrico italiano de Franco Baságli e sua influência para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na pesquisa de campo, buscou-se a visão de profissionais que atuam direta ou indiretamente na operacionalização da Política de Saúde mental no Estado, com vistas a identificar as mutações vivenciadas pela referida política, principalmente a partir do movimento de luta antimanicomial.

Foram sujeitos desta pesquisa profissionais que atuam em espaços diversos, e que participam da oferta de serviços na área da assistência psiquiátrica pública. Nenhum deles tem experiência menor que um ano em lidar com a assistência psiquiátrica pública.

No sentido de contextualizar as informações que serão trabalhadas no decorrer desta análise, faz-se necessário apresentar uma breve identificação dos entrevistados que aceitaram responder os questionários.

- Psicóloga(A). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atua profissionalmente na sede central da Secretaria Estadual de Saúde - SES em João Pessoa.
- Psicóloga(B). Atualmente trabalha como técnica na sede central da SES em João Pessoa.
- Técnica do Núcleo de Saúde Mental, na sede central da SES em João Pessoa, com Especialização em Saúde Mental.
- Psicóloga(C), com Especialização em Saúde Mental. Trabalha atualmente como técnica na sede central da SES em João Pessoa.

- Assistente Social(A). Especialista em Saúde Mental e atua enquanto técnica no Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi e no Pronto Atendimento do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, em João Pessoa.
- Assistente Social(B). Professora Doutora em Serviço Social.

Com relação aos profissionais que participaram do questionário número 2, estes podem ser caracterizados com as seguintes informações:

- Pedagogo, com Especialização em Psicopedagogia. Atualmente trabalha como técnico numa unidade CAPS do Estado.
- Psicóloga(A), Especialista em Saúde Mental e atua como técnica em uma unidade CAPS em nível do Estado.
- Educador Físico, com especialização em Psicopedagogia e trabalha como técnico de um CAPS no Estado.
- Psicóloga(B). Especialista em Saúde Mental.
- Psicóloga.
- Enfermeiro, com qualificação de Pós-Graduação em Saúde Mental.
- Psicóloga(C), com especialização em Saúde Mental.
- Assistente Social, Mestrando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba e atualmente Coordenador em uma unidade CAPS do Estado.
- Psiquiatra, com Especialização em Psiquiatria.
- Psicólogo. Com Especialização em Saúde Pública e Hospitalar.

Desse modo, para a realização desta pesquisa foram utilizados alguns instrumentos de coleta, dentre os quais a pesquisa documental, que consistiu em consultar documentos relativos à temática, existentes tanto em arquivos públicos quanto privados. Foram consultados dossiês, planos governamentais das décadas de 1960; 1970; 1980, e um diagnóstico multiprofissional construído em face de uma denúncia realizada em 1987, todos vinculados as ações de saúde mental no contexto paraibano. Além disso, foi possível também analisar arquivos de jornais das

épocas supra mencionadas, que traziam notícias e registros articulados ao contexto em foco.

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito freqüentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI *apud* CELLARD, 2009, p.2).

Conforme sinalizado anteriormente, para a realização desta pesquisa foi elaborado dois questionários, levando-se em conta a dificuldade na efetivação de entrevistas, pois os profissionais não apresentavam tempo favorável à sua realização. Assim, além da pesquisa documental, foi realizada a coleta de dados com o suporte de seis questionários com atores privilegiados, considerando como tal trabalhadores que possuíssem informações relevantes e que participam ou participaram das tomadas de decisão no contexto das políticas de saúde mental. Tais entrevistas ocorreram no período de junho a agosto do ano em curso e foram realizadas nos locais de trabalho dos interlocutores, e foram precedidas de uma detalhada explicação, dos elementos mais relevantes da pesquisa, como seus objetivos. Todos estes detalhes foram explicitados mediante o Termo de Compromisso Livre e Esclarecidos (TCLE), seguindo o roteiro conforme ANEXO A.

Vale ressaltar que nesse caso as questões abordadas e que contaram nos Roteiros de Entrevista, versaram sobre o desenvolvimento histórico das ações no Estado da Paraíba em torno da saúde mental; o grau de participação dos profissionais na história da luta antimanicomial e suas respectivas opiniões acerca dos serviços substitutivos, seguindo o roteiro conforme ANEXO B e C, respectivamente o Roteiro de Entrevista 1 e 2. O intuito destes dois roteiros circunda a necessidade de estabelecer dados, tanto em torno das relações que se colocaram no cenário da Política de Assistência à Saúde Mental, quanto àquelas ações que perpassam as relações na contemporaneidade. Por tanto se contemplou a percepção de profissionais que atuaram e de outros que ainda atuam, em torno da referida política.

As entrevistas foram constituídas por várias questões abertas, porém, houve predominância de questões fechadas, para melhor atender aos objetivos do estudo, configurando-se assim com dados qualitativos e quantitativos. Participaram desta análise, profissionais de três CAPS, um NASF, do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira em João Pessoa, do Núcleo de Saúde Mental na Secretaria Estadual de Saúde em João Pessoa/JP e da própria Secretaria Estadual de Saúde/JP, além de uma participante que por longas década esteve como militante do Movimento de Luta Antimanicomial, no Estado da Paraíba, e que atualmente esta envolvida em atividades da Universidade Federal da Paraíba, como docente.

Cumprindo os procedimentos estabelecidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, obtendo a sua aprovação. O que pode ser evidenciado mediante o ANEXO D.

Nesse sentido é importante mencionar que foram seguidas de perto todas as recomendações éticas explicitadas da referida Resolução, no que diz respeito à autonomia da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, através da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os participantes da pesquisa, que foram orientados a assiná-lo após leitura e compreensão do mesmo.

O tratamento dos dados obtidos através da pesquisa documental e das entrevistas com os atores privilegiados, foram alocados no sub item que tenta reconstruir o desenvolvimento histórico das políticas de saúde mental na Paraíba. Não obstante, no debate teórico realizado houve inserções de dados empíricos que muito enriqueceram essa atividade de cartografia.

Com intuito de aprofundar as impressões da atual prestação da assistência psiquiátrica pública no Estado, realizou-se mais uma rodada de entrevistas, desta feita com trabalhadores de nível superior que atuam em Centros de Atenção Psicossocial do Estado da Paraíba, notadamente de João Pessoa, Sapé e Pedras de Fogo. A opção por estes profissionais e por estes municípios se deu por acessibilidade e pelo fato dos mesmos atuarem a mais de um ano com o cuidado em saúde mental.

Os questionários foram entregues nos locais de trabalho dos participantes seguindo o roteiro constante no ANEXO C, assim como fora sinalizado

anteriormente. Nesse caso, as questões abordadas referiram-se ao atual quadro em que se apresenta a Política de Saúde Mental do Estado, bem como sobre o conhecimento dos mesmos sobre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em curso no país, passando também sobre a operacionalização da proposta dos CAPS (na dimensão de serviços substitutivos) como instrumento principal da citada reforma.

Para a fase da análise e interpretação dos dados, foram utilizadas técnicas e instrumentos como: a estatística descritiva via uso de tabelas e quadros para análise dos dados quantitativos. Estes instrumentos foram enumerados de acordo com a ordem de entrega. Os dados quantitativos foram tabulados em planilha Excel e depois transformados em gráficos representativos. Os dados qualitativos após leitura cuidadosa foram codificados e analisados, o que resultou numa categorização com variáveis mais amplas, que por sua vez foram interpretadas segundo a literatura e referencial envoltos na temática aqui proposta.

Assim, este trabalho estruturou sua análise em três capítulos, além das considerações finais. Tendo sempre como foco, contribuir para uma melhor compreensão do processo histórico no qual se desenvolveu as expressões de assistência ao doente mental, em diferentes conjunturas sociais.

O **título 2** discute o contexto no qual se insere a trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, bem como também em outros países. Partindo do princípio de que o provimento de cuidado ao portador de transtorno mental de baixa renda sempre foi mediado pelas formas históricas da psiquiatria e do Estado. Além disso, destaca como marco desse trajeto, os Movimentos de Reforma Psiquiátrica em diversos países, inclusive no Brasil sob a influência italiana de Franco Basaglia e que teve como resultante, entre outros efeitos o Movimento de Luta Antimanicomial, e que ocorreu por iniciativa do movimento nacional dos trabalhadores de saúde, que eclodiram junto ao movimento de redemocratização do país, por meio dos quais novas concepções foram sendo atribuídas à Política de Saúde Mental e contribuíram para o novo modelo de assistência psiquiátrica, vigente na atualidade.

Este capítulo também visiona a realidade da Política de Assistência a Saúde Mental, em nível nacional. O traçado histórico dessa política a revela em consonância com o cenário mundial. O que implica afirmar que as ações no contexto brasileiro, da assistência psiquiátrica pública também se desenvolveram de forma cruel e excludente, sobretudo quando se tratava de atender pessoas desprovidas

por completo, inclusive de conhecimento referente ao mínimo no que tange aos direitos sociais.

Por sua vez, o **título 3** trata do processo em que se deram as primeiras configurações da assistência a saúde mental na Paraíba, apontando os avanços e retrocessos que a caracterizou, como também os pontos nodais e os fatores influentes desse processo. Analisa os parâmetros que motivaram em nível local, as mudanças no enfrentamento da problemática, enquanto manifestação da questão social, e que, portanto demanda atenção estatal.

Faz ainda um percurso na constituição do quadro de serviços substitutivos e como este tem sido percebido pelos atores envolvidos. Pontua inclusive a necessidade de superação quando se trata da cultura hospitalocêntrica excludente e que perdurou por um longo tempo no cenário nacional, e que ainda vigora na realidade do Estado, até mesmo entre os profissionais que lidam continuamente com as ações da assistência psiquiátrica pública.

Por fim, no **título 4** são demarcados os resultados por meio da pesquisa de campo. Mediante a coleta de dados ver-se-á como alguns dos mecanismos da Política de Saúde Mental no Estado da Paraíba, tem exercido impacto junto à população atendida pela Rede de Assistência a Saúde Mental.

Portanto, analisar essa problemática torna-se não só relevante para a realidade brasileira, mas como forma de conhecimento local das reais condições de famílias em condição de pobreza, nas quais se incluem pessoas vitimadas pelo processo de adoecimento mental, como também a efetivação no que tange a Política de Proteção Social, orientadas para este segmento.

2 O LUGAR DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este trabalho está pautado na preocupação com o debate sobre a reformulação na efetivação dos serviços da Política de Saúde, enquanto política pública, que compõe a proposta da Seguridade Social no Brasil. Assim, inicia-se aqui uma discussão que apresenta alguns elementos no desenvolvimento da referida política. Neste sentido, este capítulo sinaliza as primeiras expressões da política saúde mental, como um processo que se insere em diferentes cenários históricos, considerando as influências econômicas, políticas e sociais de cada período.

Aborda dentro deste contexto alguns aspectos, como o Movimento da Reforma Sanitária, que impactaram na dinâmica da psiquiatria pública e seus principais desdobramentos. Especialmente, pontua suas representações e mecanismos de ação a partir da regulamentação da saúde em 1988. Pois este ano marcou os avanços no que se refere à referida política, com a promulgação da Constituição Federal. Finalmente, apresenta a formulação no que se refere ao campo dessa política de saúde em especial. Para tanto, remete ao seu desenrolar histórico considerando a maneira em que se efetivou a intervenção social, frente ao binômio saúde/doença mental.

2.1 Políticas de Assistência à Saúde Mental no contexto internacional

Para traçar o percurso da trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, devemos nos remeter ao seu desenrolar histórico, bem como, analisar de que maneira se dava a intervenção, frente ao binômio saúde-doença mental. Para tanto, se faz necessário percebermos de que forma eram compreendidas as pessoas acometidas por alguma disfunção mental, e os mecanismos de enfrentamento da problemática, que tinham por finalidade expressar alguma forma de assistência psiquiátrica.

A análise do registro histórico revela que as concepções e tratamentos direcionados a doença mental, como também suas modificações, estiveram intimamente relacionadas com os diversos padrões culturais, sociais e econômicos estabelecidos em cada período histórico. Neste respeito, o estudo realizado por Pereira revela que,

Em linhas gerais, podemos esquematizar a “gênese da loucura segundo três grandes momentos: 1) um período de liberdade e de verdade que inclui os últimos séculos medievais (principalmente o século XV) e o século XVI; 2) o período da “grande internação”, que abrange os séculos XVII e XVIII; e 3) a época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe a psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos” (1983, p. 49).

Ainda segundo o autor acima citado, a definição e percepção da loucura em termos de doença assim como a concebemos na contemporaneidade, é um processo que pode ser considerado como recente no desenvolvimento da civilização ocidental. Neste processo, devemos considerar que muitos foram os fatores que impactaram e contribuíram para as diferentes concepções que foram atribuídas à loucura e seu enfrentamento no que tange a assistência.

Há ainda uma reflexão, que em sua elaboração fortalece a subdivisão estruturada por Pereira, e com a qual é possível que estabeleçamos algumas semelhanças. É apresentada por Ramminger (*apud* PESSOTTI), ao descrever a trajetória da assistência psiquiátrica, bem como a evolução histórica do conceito loucura. De forma didática, a autora argumenta que os períodos podem ser assim divididos,

[...] antiguidade clássica, incluindo os principais pensadores gregos; séculos XV e XVI, compreendendo os exorcistas com sua doutrina demonista da loucura; séculos XVII e XVIII, caracterizando o enfoque médico da alienação mental e, finalmente, o século XIX – século dos manicômios (2002, p. 1).

Num quadro geral, uma reflexão histórica acerca da loucura revela que a mesma tem acompanhado o homem ao longo de toda a sua trajetória. As sociedades chamadas primitivas referendam de forma abundante a existência de homens loucos, ou pontuando mais detalhadamente, indivíduos que na conduta e /ou na linguagem transpareciam notadamente uma diferenciação das normas sociais então estabelecidas e prevalecentes.

A história registra que a doença mental era considerada posseção do homem por espíritos maléficos, crença esta presente entre os povos egípcios, israelitas e gregos. As crises maníacas do rei Saul, os acessos de licantropia de Nabucodonosor, as filhas de Pretos, com crenças delirantes de se transformarem em vaca justificavam expressões como possuídos, energúmenos, demoníacos de um lado

e paralelo a isso, certos delírios eram considerados inspirações e mensagens divinas. Na Grécia, um louco era considerado uma pessoa com poderes divinos, desta maneira o que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. Hipócrates (460-377 a.C.) começa a negar a intervenção desses demônios e dessas interpretações divinas, buscando as causas naturais das doenças até então consideradas mal sagrado. Descreveu a mania, a melancolia, a paranóia e a frente, conceitos estes que posteriormente influenciaram as classificações. Acreditava que a patologia cerebral era um desequilíbrio nos humores básicos (sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma). Platão (429-347 a.C.) considerava que os desequilíbrios mentais eram dependentes da parte orgânica, da parte ética e da parte divina. Galeno (130-200 a.C.) referia que as doenças mentais poderiam ser de origem orgânica ou psíquica, dependendo então a saúde do equilíbrio entre o racional e o irracional (BENTO, 17, 2003).

A consolidação desta afirmativa é vista na figura a seguir. A mesma evidencia como se davam as formas de enfrentamento da questão, bem como o forte grau de aceitação dessas. Em outras palavras, relacionar qualquer disfunção mental e/ou psicológica a efeitos de possessões demoníacas era o que se pode chamar de *natural* (grifo da autora) nos primórdios da assistência a saúde mental.



Figura nº. 1- A Cura da Loucura - Extração da Pedra da Loucura (1475-1480) de Hieronymus Bosch Web Gallery of Art, Fonte: <<http://gallery.euroweb.hu/html/b/bosch/painting/stone.html>> 1996.

No desenvolver da Antiguidade e da Idade Média, a doença mental era uma questão determinada pelos costumes e o louco usufruía de certa medida de

'liberdade' (*grifo da autora*) uma vez que fazia parte do cenário. Assim, é possível afirmar que até então, a concepção para doença mental era eminentemente restrita aos aspectos exteriores da loucura, especialmente quando estes se configuravam como obstáculos para a vida em família e em comunidade.

Ao final da Idade Média, o homem europeu estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Mas essa relação é experienciada em estado livre, isto é, a loucura, faz parte da vida cotidiana e é uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada. Durante certo tempo, o mundo ocidental acolheu a experiência da loucura (...) (PEREIRA, 1983, p. 49).

Neste momento da história, a condição da loucura era celebrada e revelada de diversas formas no que tange a expressões artísticas. Mediante artes plásticas, pinturas ou através da filosofia e da literatura a doença mental assumia significações diferenciadas, e muitos artistas se sobressaíram na tentativa de revelar o que não se compreendia na condição da loucura. Em algumas partes da Europa, houve a exposição da animalidade que era apresentada na figura do homem louco. Por isso, o tema da loucura na arte, na literatura e na pintura passa a ser visto de forma diferente, está em ascensão e é percebido no simbolismo gótico (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 4).

Além de se expressar nos ritos populares, as artes plásticas (por exemplo: Bosh; Breughel), as obras de filosofia ou de crítica moral (por exemplo: Brant; Erasmo) e os textos literários (por exemplo: Shakespeare; Cervantes) encarregaram-se de testemunhar diferentemente o prestígio dessa loucura, cujos enigmas têm sobre o homem um poder de atração. Na França, por exemplo, loucos célebres escrevem livros que são publicados e lidos por um público culto como obras de loucura (PEREIRA, 1983, p. 52).

Estas atividades artísticas revelaram no cenário do século XV e século XVI, dois elementos que interagem no processo da loucura, e que até então, não haviam sido plenamente pontuados pelos estudiosos. Primeiro, instaura-se o que Pereira chama de “experiência trágica”. Essa era resultante da própria condição do indivíduo que sofria com a loucura. O segundo aspecto, diz respeito ao que o autor denomina de “crítica moral”, ou “consciência crítica”. A esta cabia dar à loucura um sentido e interpretação moral (1983, p. 59).

No entanto, este cenário sofreu alterações significativas, com o fim do campesinato como classe e com a derrocada dos ofícios artesanais. Estas

mudanças se deram, sobretudo, no início da Idade Média com a falência do feudalismo e, conseqüentemente, com os primeiros sinais norteadores e fundantes do sistema capitalista, enquanto modo de produção. A partir daí, a doença mental passou a ser vista como categoria que denotava problema social. Pois o advento da manufatura inicial, como forma rudimentar de divisão social do trabalho, trouxe uma nova conotação para a realização do mesmo. Assim, as concepções que até então prevaleciam tornaram-se inadequadas, especialmente com a ascensão ideológica da burguesia, que defendia tanto a racionalidade como a cientificidade na dinâmica social.

(...) para o pensamento moderno do século XVII, é a preguiça que ocupa o primeiro posto na hierarquia dos vícios. (...) O trabalho é, portanto, moralmente obrigatório. Recusa-lo é revoltar-se contra Deus. Ora, quando se cria o Hospital Geral, o que se pretende é suprimir a mendicância, isto é, a ociosidade, como fonte das desordens. A prática de internamento não tem sentido médico, nem preocupações de cura, mas, é um problema de polícia. (...) A exclusão social dos condenados dá-se por uma medida de reclusão. Trata-se de uma medida que tem um sentido ético pela imposição do trabalho aos ociosos (...) (PEREIRA, 1983, p. 65).

Agora, a rotina trabalhista não mais admitia costumeira liberdade individual. Ao contrário defendia o que segundo Resende (1987) era uma submissão a um sistema de trabalho, extremamente vigiado e altamente racionalizado. É notório, portanto, os primeiros impactos das transformações/mutações no mundo do trabalho sobre as expressões de assistência à saúde mental. Pois, como conseqüência desta nova percepção, se deu início à exclusão e discriminação social do louco, em consonância a afirmativa de Gama,

uma grande massa de mão de obra sem trabalho, empobrecida e sem amparo social é recolhida. As oscilações do capitalismo marcam uma maior ou menor quantidade de pessoas internadas, fazendo as estruturas de internação cumprirem um papel significativo na sociedade, encarcerando os pobres, oferecendo mão de obra barata nos tempos de pleno emprego, aprisionando indivíduos sem trabalho quando havia escassez na oferta de serviços, e evitando revoltas(...) Constituíam-se, os internos, de indivíduos com problemas diversos, mas unidos pela exclusão social e econômica. Eram desempregados, mas também eram depositados nesses locais “vagabundos, devassos, prostitutas, ébrios, perdulários, órfãos”, e finalmente, os loucos (...) Portanto, os loucos passam a ser internados no século XVII, independente de qualquer concepção de tratamento ou cura. Eles fazem parte de uma parcela discernível da sociedade, aqueles que não trabalhavam

perturbavam a ordem pública. A ética do trabalho impera nessa época, numa confluência de dever moral e obrigação econômica, pois o trabalho geraria a riqueza para acabar com a miséria que grassava pelo país. A preguiça era considerada o pior dos vícios, sendo os loucos aqueles que romperam com uma certa ética ligada ao trabalho (GAMA, 2008, p. 24-26).

Ao mesmo tempo, estes passaram a perambular pelas ruas. Vitimados pelo preconceito e abandono, começaram a ser vistos como uma ameaça à ordem pública, ou seja, as pessoas que não se adequavam aos novos preceitos de trabalho, e aqui eram incluídos os loucos, passaram a ser inaceitáveis. Encaradas como anti-sociais eram até mesmo punidas pela mendicância, vagabundagem e ociosidade.

Esta situação configurou um grave problema de ordem político-social, pois o mesmo indivíduo que era considerado como louco e que não se adequava ao novo regime de vivência social, também não poderia ser judicialmente responsabilizado por seus atos. Dessa forma, a problemática se configurava da seguinte forma: como lidar com a situação das pessoas que a partir daquele momento eram reconhecidas como inadequadas à sociedade e sua dinâmica, sem fazer uso de medidas imbuídas do arbítrio, bem como do autoritarismo? É neste momento que o conceito de administração da loucura passa a ser considerado, no sentido de buscar os mecanismos necessários de enfrentamento à questão.

Neste contexto, se acentuou as influências da medicina mental. Assim como afirma Jabert (*apud* CASTEL), esta medicina serviu como um mecanismo que “permitiu ao Estado estabelecer uma gestão técnica dos antagonismos sociais ao apresentar uma solução para administração da loucura ao poder público” (2005, p. 694). A solução apresentada implicava no processo de internação, ou isolamento, para as pessoas percebidas como loucas. Este reconhecimento ganhava respaldo mediante um parecer técnico. Assim, o poder público atribuiu um valor legal à sua interferência na gestão da loucura.

(...) Dessa forma, teria ocorrido um incremento do poder coercitivo do Estado permitindo-lhe melhorar o controle e a regulação dos grupos sociais marginais. A internação passou a ser determinada por um conhecimento técnico científico, com valor legal - mesmo não possuindo estatuto jurídico e, portanto, sem correr o risco de o Estado ser acusado de legislar arbitrariamente ou de ameaçar as instituições democráticas republicanas (JABERT, 2005, p. 694).

Dessa maneira, o asilo passou a ser visto como peça fundamental à administração da loucura. Ou seja, transformado em hospital psiquiátrico todas as atenções se voltaram para o asilo como mecanismo de assistência à saúde mental. Estas eram percebidas e definidas como o meio pelo qual se efetivaria o processo tanto de constituição da medicina como saber hegemônico de validação das práticas no enfrentamento da loucura, como também seria a instituição mediante a qual o campo psiquiátrico possibilitaria à sociedade e especialmente ao Estado, resolver o problema advindo da loucura.

O hospício passou a ser uma instituição disciplinar para a reeducação do louco/alienado. Nesse espaço de reclusão, o médico representava a figura de autoridade a ser respeitada e imitada nesse projeto pedagógico. Com o passar do tempo, a grande maioria dos indivíduos que chegavam a essas instituições nunca mais conseguiram sair. Essa situação perdurou em todos os manicômios e hospícios surgidos na Europa e nos países colonizados durante mais de dois séculos. (KOERICH, 2008)

Vale ressaltar um aspecto deste momento, que foi a influência da Igreja. As medidas adotadas, como forma de lidar com os loucos, quase sempre eram dotadas de ações do âmbito religioso. Neste respeito, Pereira, Labate e Farias afirmam que,

Na antiguidade os primeiros médicos eram sacerdotes que tratavam os doentes mentais por métodos mágico-religiosos. Indicavam sono, atividades, diversão, boas ações ou meditação para as pessoas afetadas, porém, com explicações sobrenaturais (...). Na era Clássica, também sob a influência mágico-religiosas, começou-se a tentar justificativas racionais e materialísticas para explicar as doenças (...) São Tomaz de Aquino influenciou com suas idéias até os séculos XI e XII defendendo a tese sobre a separação entre corpo e alma. A medicina monástica foi incentivada. Neste período, os doentes mentais eram exorcizados e até queimados em fogueiras (1998, p. 53).



Figura nº. 2- Doente mental sendo exorcizado/Fonte: <<http://www.alzheimermed.com.br>>

Millani e Valente, também são autoras que corroboram com este fato, quando afirmam que,

a loucura como fenômeno é relatada, inicialmente, na Antigüidade grega e romana, junto a outras tantas doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados. (...) Nos tempos da Inquisição, a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como se praticava com os hereges. Em virtude do forte poder da Igreja, o movimento de caça às bruxas, liderado pela Inquisição, objetivava manter a aceitação e a concordância da crença religiosa. (...) Dessa forma, a loucura, nessa época, identificava-se com os perfis e com os papéis dos feiticeiros portadores de supostas doenças mentais, repercutida pela relação de poder da igreja e da burguesia (2008, p. 3).

Aliadas ao hospício outras medidas de repressão foram surgindo, como casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais. Visto que abrigavam os que eram classificados como pobres, doentes e indigentes de toda sorte, ou seja, os socialmente excluídos estas instituições mascaravam o tratamento desumano que a eles era aplicado. Na verdade estas apenas complementavam as medidas legislativas de repressão já existentes, uma vez que se destinavam a limpar a cidade, prover trabalho e reeducar nos moldes de uma moralidade embasada predominantemente no cunho religioso.

A título de exemplo, podem ser citadas as colônias agrícolas. Estas eram destinadas ao acolhimento e isolamento de alienados. Surgiram na Europa na primeira metade século XIX como um novo procedimento asilar, ou seja, nova forma de lidar com a loucura. Representava um novo equipamento da assistência psiquiátrica, mais que apresentava a mesma perspectiva de confinamento aos internos.

“O confinamento de doentes como prática habitual se desenvolveu de maneiras diferentes: na França, ele surge em meados do século XVII, com o favorecimento do Estado e pelo absolutismo de Luís XIV; na Grã-Bretanha, o processo se dá de maneira diferente. Neste país, o Estado não participou desta tendência médica e, antes do século XIX, o que se acompanhou foi o crescimento dos manicômios particulares” (PORTER, 1991, p. 1).

É importante ressaltarmos que estes mecanismos de intervenção foram

primariamente destinados às pessoas que padeciam com a lepra. No entanto, após o fim das Cruzadas, esta terrível doença acabou desaparecendo. E embora os valores e imagens a ela atribuídas tenham permanecido outros personagens ocuparam o espaço deixado, como, “os pobres, os vagabundos e as cabeças alienadas” (PEREIRA, 1983, p. 50).

É dentro deste contexto, que a loucura desvanece na cena social, e assume o papel de reclusão que a ela era atribuído. Os doentes mentais passaram a ser enclausurados nos porões das Santas Casas e Hospitais gerais e partilham com outros destituídos e excluídos socialmente, de toda sorte e forma de punição e tortura.

Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade (RESENDE, 1987, p. 35).

Às vítimas de insanidade se reservavam alguns tratamentos médicos específicos, que embora maquiados em alguns momentos, não se desqualificavam como tortura. Contudo, no final do século XVIII, com as idéias do iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, se inaugura outro posicionamento, com relação à loucura. Tendo em vista que estes novos preceitos, estabeleciam que todos os homens poderiam ser igualmente tratados, pois todos deveriam usufruir dos mesmos direitos, como o da liberdade.

Esta nova leitura da realidade favoreceu o surgimento de crescentes denúncias contra as medidas de tratamento no que tange ao doente mental, que resultava unicamente em sua marginalização, e também contribuiu com as transformações que se seguiram, destinadas ao doente mental assim. Neste respeito, Resende afirma,

O final do século XVIII(...), viu crescer o movimento de denúncias contra as internações- leia-se “sequestrações”- arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas (1987, p. 25).

A partir deste período as intervenções no campo da loucura começaram a se efetivar com um diferencial. Eram livres da influência religiosa, e orientadas pela razão.

No iluminismo do século XVIII a crença na razão substitui a tradição e a fé, em todos os aspectos da sociedade. As doenças passaram a ser diagnosticadas com mais exatidão e localizadas com precisão e, como o conceito de localização é essencial ao desenvolvimento da história da psiquiatria orgânica a psicologia também estava sendo tratada com a mesma orientação. Diminui o poder de magia como forma de explicar a doença mental (PEREIRA; LABATE; FARIAS, 1998, p. 1).

Estes acontecimentos marcaram as mudanças que eram destinadas ao louco e constituíram a gênese do que mais tarde representaria a Política de Assistência a Saúde Mental. Neste cenário, alguns personagens que foram de encontro ao que se pode chamar de assistência psiquiátrica tradicional, se destacaram como protagonistas. Como por exemplo, Philippe Pinel.



Figura nº. 3- Philipp Pinel. Fonte: <<http://www.art-prints-on-demand.com>>

Nasceu em 1745. Era teólogo, matemático e médico formado em Tolouse. É apontado como precursor dos chamados Alienistas Franceses. Estes constituíram um segmento que estruturaram e sistematizaram o novo saber e prática técnico-científica direcionados à loucura. Pinel é referenciado como um dos primeiros a desenvolver métodos considerados como humanizados, no tratamento dos doentes mentais. Como médico chefe do asilo Bicêtre, em Paris, foi o primeiro a questionar a ausência de humanidade. Para ele esta forma de lidar com os internos, apenas incrementavam o ódio e a rebelião dos mesmos. Também defendia a utilização de drogas medicinais terapêuticas para os que sofriam de transtornos mentais.

(...) sendo utilizado, de princípio, como primeiro medicamento conhecido, o vinho misturado a bebidas alcoólicas destiladas; a destilada para acalmar e o vinho, para a redução dos efeitos dos

destilados, no organismo dos pacientes, e dessa forma, poder aos poucos, remover as amarras dos internos (COBRA, 1997, p. 3).

É apresentado como um revolucionário, sobretudo, pelo fato de que suas idéias eram extremamente avançadas para a sua época. Ele “considerou as doenças mentais como resultado ou de tensões sociais e psicológicas excessivas, de causas hereditárias, ou ainda originadas de acidentes físicos” (COBRA, 1997, p. 7). Desprezava a credence entre o povo e mesmo entre os médicos de que fosse resultado de possessão demoníaca.

Com esta interpretação da loucura, os que padeciam com transtornos mentais, seriam a partir daquele momento passíveis a tratamento, e com a possibilidade de serem assistidos com ações especializadas. Desde que se submetessem aos métodos aplicados, e assim evidenciassem alguma adaptação moral (*grifo da autora*). Percebemos, então o quanto é pertinente a seguinte colocação de Ramminger *apud* Pessotti,

Se antes não era necessária qualquer instituição especial para alterar o estado fisiológico do cérebro, agora o manicômio torna-se parte essencial do tratamento, saindo da condição de asilo onde se abriga e enclausura o louco para a de instrumento de cura. Por entender que a causa da loucura é excesso ou desvio, um tipo de imoralidade, a cura passa pelo tratamento moral das afecções ou paixões morais, sendo que a instituição asilar se impõe como ambiente ideal de reordenação ou reeducação (...) é assim que o médico se torna ordenador não só da vida (psíquica) do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante (2002, p. 3).

Conforme pontua Pereira, Labate e Farias “Pinel foi um pioneiro na luta pela libertação dos doentes mentais e um dos responsáveis pela classificação das doenças mentais” (1998, p.2). Um dos grandes feitos de Pinel enquanto superintendente do asilo em Bicêtre em Paris foi à decisão de libertar os doentes psiquiátricos, e os criminosos que o asilo também abrigava, das correntes usadas para restrição física. “Na ocasião da Revolução Francesa, o hospital de Bicêtrê, em Paris, era considerado uma verdadeira “casa de horrores” onde os internados – loucos, em sua maioria – eram abandonados à própria sorte” (KOERICH *apud* DESVIAT, 2008).

Em 1795 Pinel foi nomeado médico chefe do Hospício de Salpêtrière, um asilo feminino onde as doentes eram tratadas do mesmo modo e sob as condições que havia encontrado em Bicêtre. Lá ele aplicou os mesmos métodos e obteve os

mesmos bons resultados, como livrar as doentes das correntes que as prendiam, muitas acorrentadas por 30 a 40 anos.



Figura nº. 4- Paciente sendo libertada das correntes por ordem do Dr. Phillip Pinel em Salpêtrière-Paris- 1795/ Fonte: Fig. 14: Quadro de Tony Robert-Fleury, "Loucas da Salpêtrière", 1886 Fonte: <<http://www.rio.rj.gov.br/saude/pinel/historico/corpo-his>>, 2002.

Pinel aboliu tratamentos como sangria, purgações, e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contacto próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais, e um programa de atividades dirigidas. Preocupava-se também em que o pessoal auxiliar recebesse treinamento adequado e que a administração das instituições fosse competente (COBRA, 1997, p. 7).

No entanto, algumas leituras divergem quanto a se às contribuições de Pinel foram realmente positivas, no que diz respeito à assistência psiquiátrica. Mesmo pontuando o duplo advento dos métodos caracterizados pelo humanismo e o caráter científico utilizados por Pinel e seus contemporâneos, alguns afirmam que estes não romperam realmente com antigas práticas de tratamento destinados aos alienados. Antes, as estreitaram em torno dos mesmos, com uma nova roupagem. Como afirma Araújo (2002), ao citar em sua pesquisa o trabalho desenvolvido por William Tuke, outro Alienista Francês.

A autora aponta que o asilo reconhecido como ideal montado por Tuke, embora fosse considerado como a reconstituição de uma quase família, onde o alienado deveria sentir-se em casa, era na verdade um símbolo do aprisionamento tradicional. Pois estes sofriam com um processo de controle social e moral ininterrupto. Para se conseguir a cura e por fim o retorno ao seio da família, estes precisavam ser submetidos a mecanismos “como ameaças, castigos, privações alimentares, e humilhações, tudo o que irá fazer ao mesmo tempo infantilizar e culpabilizar o louco” (ARAÚJO, 2002, p. 1). Este foi um dos fatores que contribuíram para que a doutrina de Pinel e de seus contemporâneos fosse “gradualmente

obscurecida, principalmente pelo emprego inadequado do tratamento moral que determinou inúmeros abusos de práticas repressivas nos manicômios” (RAMMINGER, 2002, p.3).

Partindo desta concepção, os asilos se configuravam como uma espécie de instância perpétua de julgamento, pois o louco

(...) tinha de ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético do que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais (*idem*).

Embora atualmente façamos uma leitura de práticas tradicionais de assistência à saúde mental como as sangrias e purgações, enquanto reflexos de barbárie, na época as mesmas eram muito comuns, e promovidas sobre o crivo da Igreja.

Assim, se vê o que representou os primórdios da assistência psiquiátrica e seus princípios, constituído basicamente de um movimento de reforma que pela primeira vez, reivindicavam que os loucos fossem separados de seus colegas de infortúnio e recebessem cuidado psiquiátrico específico. E foram estas as mudanças que impulsionaram novas formas de ver e o agir com relação ao doente mental no cenário brasileiro, como veremos adiante.

2.2 Análise sobre a Trajetória da Política de Saúde Mental no cenário brasileiro

Uma análise da trajetória que inclui a história da loucura em suas várias manifestações, bem como as diversas formas de lidar com a mesma em todo o mundo, revela que esta problemática foi quase sempre perpassada por acontecimentos marcantes e contraditórios.

Esta situação não foi diferente no contexto brasileiro. Por isso, dissertar acerca da Política de Assistência Psiquiátrica no Brasil, requer uma sistematização de alguns dos fatores que permitiram esta discussão. Assim, é imprescindível considerarmos que o debate em torno desta política é uma possibilidade recente, sobretudo, conquistada a partir da Reforma Psiquiátrica e das garantias asseguradas com a Constituição Federal de 1988. Só a partir desse momento, é que o modo no lidar com o doente mental passou de fato a ser questionado, com

respaldo médico-científico.

De modo geral, ao adentrarmos no registro histórico brasileiro identificamos que o doente mental usufruía de relativa liberdade, sobretudo nos primeiros anos do século XIX, já que lhes era permitido vagar pelas cidades, aldeias e campos. Sobreviviam da caridade pública e quando muito, se pertencessem a famílias abastadas, eram escondidos e tratados em casa sob construções anexas. Assim, a problemática que envolvia a doença mental foi silenciada por muito tempo.

Por conseguinte, este proceder não mantinha sob controle, o que de fato era real: a existência de inúmeras pessoas vítimas da insanidade mental. Por isso, embora ignorada por muitos anos, a loucura passou a ter maior visibilidade no cotidiano das cidades e tornou ainda mais numerosa as fileiras dos marginalizados de outra natureza, visto que na maioria das vezes os “loucos” eram tidos como sinônimos de desordem e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico. Assim, foi apontada como solução a remoção destes “elementos” perturbadores do convívio social. Portanto, é possível afirmar que desde as suas primeiras expressões, a assistência psiquiátrica brasileira revelou ser marcadamente excludente.

Na área da saúde mental, não consta do registro brasileiro, uma sistematização de uma política específica, que lidasse com especialidade os doentes mentais. Como consequência, não se dispõe de um registro com informações mais elementares. Apesar disso, é possível perceber o quanto as medidas de assistência psiquiátrica foram influenciadas pelos métodos franceses de Pinel e de seus contemporâneos alienistas. E embora tenha sido feita certa adaptação à realidade local, enquanto na Europa o lidar com a loucura estava sendo relacionado à assistência, no Brasil por um longo período as ações adotadas se concentraram na ampliação de manicômios, que atribuía ao interno uma condição de exclusão.

Além disso, é possível identificarmos que muitos fatores contribuíram para a precariedade da estrutura assistencial em saúde, o que engloba a área de saúde mental. A assistência pública aos doentes mentais deixava muito a desejar, com exceção dos grandes centros. São Paulo é um desses exemplos, que possuía um investimento econômico considerável. O que também resultava em grandes investimentos em saneamento e saúde pública para assegurar o crescente fluxo de mão-de-obra, paralelo ao controle das doenças de uma forma geral.

A narrativa histórica situa como marco institucional da assistência psiquiátrica

brasileira o ano de 1852, pois neste foi inaugurado pelo Imperador D. Pedro II, o hospício que foi determinado pelo decreto imperial n° 82, e recebeu seu nome na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. Este tinha por meta admitir a demanda de todo o império e capacidade para receber 350 pessoas, o que aconteceu em pouco mais de um ano, com pessoas provenientes da Santa Casa e da enfermaria provisória que havia sido criada na Praia Vermelha.

O hospício deveria ser um instrumento de cura, sendo a sua organização cuidadosamente planejada, assim como a localização dos pacientes no seu interior. A partir desse momento a psiquiatria no Brasil passa a ser admitida como especialidade médica, como já ocorria na Europa, e ganha seu local de prática efetiva.

Como assinala Resende, ao comentar sobre este marco para a psiquiatria brasileira,

As opiniões são unânimes em situar o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira em 1852(...), foi inaugurado pelo próprio Imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome no Rio de Janeiro (...) e destinava-se a receber pessoas de todo o império (um contra-senso dadas às dimensões do território e as dificuldades de transporte e comunicação, na época) (1987, p. 37).



Figura nº. 5 - Hospício D. Pedro II, Gravura Victor Frond, 1852. Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000

No entanto, alguns estudos apontam os aspectos que convergiram, e conseqüentemente favoreceram a inauguração do mesmo. Assim como esclarece Ramos e Geremias,

(...) havia motivos muito mais substanciais para a criação do

Hospício de Alienados do que uma simples homenagem piedosa e desinteressada ao novo Imperador (...) Uma destas dizia respeito à disputa de poder médico-político entre a recém criada *Junta de Higiene Pública* e a poderosa *Santa Casa da Misericórdia*, representada por seu Provedor José Clemente Pereira e apoiada por importantes segmentos da *Academia Imperial de Medicina* (2003, p. 8).

Esta disputa decorria do fato de que os representantes da Junta de Higiene passaram a apontar algumas casas que se encontravam em condições de precariedade, como focos de insalubridade. E desta forma, poderiam ser fonte de várias doenças. O que já se configurava num problema de ordem social, devido à impossibilidade no atendimento da demanda que se apresentava quanto à assistência a saúde, o que incluía os alienados.

A atitude da Junta de Higiene foi especialmente estimulada pelo surgimento da febre amarela, que se expandiu com o crescimento demasiadamente rápido e desordenado da população do Rio de Janeiro e de seu espaço urbano, ocorridos com a transformação da cidade em capital do reino com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil. Esses aspectos acabaram repercutindo de forma extremamente negativa para a saúde geral da população, inclusive para a saúde mental. Isso contribuiu para o aumento do número de alienados confinados nas prisões e fez crescer a quantidade de casos recolhidos às enfermarias da Santa Casa da Misericórdia.

No entanto, algumas das residências que foram denunciadas pela Junta de Higiene, eram de propriedade de benfeitores da Santa Casa. Estes, por sua vez, começaram a propor para a cidade a necessidade de se redefinir “a questão da eficácia do hospital e das questões de densidade de pacientes e especificidade de doenças” (RAMOS; GEREMIAS, 2003, p. 9). A partir desta proposta algumas patologias, seriam acompanhadas de uma forma mais específica. Assim, se deu início a algumas mudanças. A partir de 1840, foi providenciada a remoção para outras partes do Rio de Janeiro, de “miasmas” (o cemitério e as enfermarias de doenças contagiosas) e de “caos” (as enfermarias de alienados). (*idem*). Inicia-se também, a reconstrução do Hospital Central, o qual originou o primeiro hospício no Brasil.

Quadro nº. 1-Primeiros hospícios públicos para alienados no Brasil

Província/Estado	Ano	Estabelecimento (município)
Rio de Janeiro	1852 1878 1890	Hospício de Pedro II (Rio de Janeiro) Enfermaria de Alienados anexa ao Hospital São João Batista (Niterói) Colônias de São Bento e Conde de Mesquita (Ilha do Governador)
São Paulo	1852 1864 1895 1898	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João) Hospício de Alienados de São Paulo (Chácara da Tabatingüera) Hospício-colônia provisório de Sorocaba Hospício-colônia de Juqueri (atual Franco da Rocha)
Pernambuco	1864 1883	Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel) Hospício da Tamarineira (Recife)
Pará	1873 1892	Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros). Hospício do Marco da Légua (Belém)
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador)
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre)
Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paula (Fortaleza)
Alagoas	1891	Asilo de Santa Leopoldina (Maceió)
Paraíba	1890	Asilo de Alienados do Hospital Santa Ana (João Pessoa)
Amazonas	1894	Hospício Eduardo Ribeiro (Manaus)
Minas Gerais	1903	Hospício de Barbacena
Paraná	1903	Hospício Nossa Senhora da Luz (Curitiba)
Maranhão	1905	Hospício de Alienados (São Luis do Maranhão)

Fonte: Conforme informações de Moreira (1905) e Medeiros (1977)

Nos anos e décadas seguintes, outras instituições foram construídas com o intuito de abarcar a crescente demanda psiquiátrica. Na verdade, nos cem anos que se seguiram à fundação do Hospício D. Pedro II, nota-se a proliferação de muitos outros, predominantemente nas capitais dos Estados. Porém, a situação de

urgência muitas vezes, não permitia que se esperasse a construção de hospícios apropriados, o que levava a experiências de instalações provisórias e precárias. Apesar disso, muitas destas construções se destacaram em seu papel como símbolo da assistência psiquiátrica.



Figura nº. 6 - Colônia do Juqueri / Fonte: <[http:// www.Omelhordobairro.com.br](http://www.Omelhordobairro.com.br)>

Acresce a isso que, sob o argumento da necessidade de se propiciar aos doentes, tranquilidade e espaço, estes eram construídos em lugares cada vez mais afastados das regiões que porventura estivessem povoadas. Esta medida, por um lado garantia o isolamento e a proteção contra fugas, mas por outro contribuía para a inacessibilidade, inclusive dos médicos uma vez que não se dispunham a locomover-se até o local. Também, “dava legitimidade à exclusão de indivíduos indesejáveis, mas que não se enquadravam no sistema penal” (KOERICH *apud* AMARANTE, 2003).

Refletirmos na afirmativa de koerich (2003), nos leva a perceber como marco inovador para assistência psiquiátrica, o questionamento relacionado ao que fazer com os loucos. Percebem-se os primeiros reflexos da preocupação quanto a um enfrentamento diferenciado para esta categoria. Tendo em vista que não poderiam ser deixados a própria sorte, mais também, no que diz respeito à assistência não deveriam ser igualados a outros segmentos da sociedade. Por isto, a ação do Estado começa a se dar de uma forma mais específica e são tomadas providencias no sentido de atender a demanda, como a construção de hospícios com atendimento exclusivos a indivíduos com adoecimento mental, como fica evidente no quadro abaixo.

A história aponta para o período posterior a Proclamação da República, os primeiros sinais da psiquiatria científica, que se configurou como um avanço para o trajeto da assistência psiquiátrica. Como também as medidas de laicização das instituições asilares e a ascensão da classe médica que passou a ter

representatividade no controle das instituições de assistência ao doente mental.

Pois até a criação e inauguração do Hospício D. Pedro II, ainda não havia se constituído este modelo de assistência ao doente mental. Assim, mesmo com expansão da influência dos alienistas franceses na medicina da época, o primeiro hospício brasileiro precedeu a existência de um grupo especializado, com organização institucional que se auto-representasse como psiquiátrico.

Entretanto, embora as iniciativas medicamentosas estivessem livres do elemento religioso, estas ainda serviam ao propósito da ideologia burguesa européia. Assim, visto que a prática psiquiátrica no âmbito da assistência não existe num vácuo social, era de se esperar que assimilasse os novos critérios de produção econômica. Por isso absorveu a lógica de devolver à comunidade pessoas tratadas e curadas, aptas para o trabalho. Em contraponto com este projeto, as colônias agrícolas não representavam efetivamente uma melhoria no panorama da assistência psiquiátrica, pois quando muito, só conseguiam devolver indivíduos pouco capacitados, para uma sociedade que não favorecia o convívio.

No Brasil a adesão a esta política impulsionou a construção de inúmeras colônias agrícolas. Elas foram sinalizadas como soluções globais para a problemática da loucura na sociedade, visto que se propunha a assistir o doente em todas as fases da evolução de sua doença, seguindo a tendência de que a natureza por si só faria bem às pessoas internadas, além do trabalho agrícola.

A seguir, é possível visualizar a realidade que se desenvolvia através dessas unidades de trabalho agrícolas, bem como as atividades que eram promovidas/desenvolvidas por meio delas.



Figura nº. 7,8 e 9 - Trabalho agrícola, pacientes e aviários das colônias da Ilha do Governador. Fonte: Mostra Virtual “Memória da Loucura”, 2000.

Entretanto, estas instituições se configuravam em nada mais do que hospícios situados em áreas rurais, que serviam para escoar os inúmeros pacientes crônicos excedentes dos hospícios. A título de citação, foram construídas no Rio de Janeiro

duas Colônias, uma para mulheres, no Engenho de Dentro e outra para homens, em Jacarepaguá.

Há também uma instituição que pode ser citada é o Hospital colônia do Rio Grande do Sul. Este na década de 1970 passou a comportar um Centro Agrícola de Reabilitação - CAR. Acolhendo cerca de 180 pacientes advindos do Hospital São Pedro, constituía uma unidade psiquiátrica e intencionava recuperação da saúde mental dos indivíduos originários da zona rural, mediante o trabalho agrícola.

Era dotado das mesmas características dos outros hospitais que foram construídos na época, e tinha a mesma localização geográfica. Situava-se na zona rural e mantinha os que ali se encontravam internos, totalmente afastados do contato com a civilização urbana, acreditando-se que a natureza iria contribuir com a cura dos mesmos.



Figura nº. 10- Hospital Colônia – agrícola Rio Grande do Sul/ Fonte: <<http://www.saude.rs.gov.br>>

Outro fator que merece ser analisado neste processo é o fato de que embora até aquele momento, a conjuntura brasileira tenha avançado em seus tratamentos com os doentes mentais, boa parte das ações desenvolvidas ainda não concebiam a discussão voltada à cidadania destes. Ao contrário, as normatizações orientavam-se pelo código civil de 1919. Entre outros, o Artigo 5º preceituava o louco de todo gênero, como absolutamente incapaz de exercer, ele mesmo atividades da vida civil.

Essa situação começou a sofrer mudanças, em 1923 com a criação da Liga Brasileira de Higiene mental. Fundada no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Riedel, que recebeu a incumbência de Clifford Beers ativista americano em prol da melhoria do atendimento aos portadores de doença mental, a LBHM tinha como primazia a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico. Até 1923, seguiu a orientação de seu fundador, mas, a partir de 1926, seus administradores foram influenciados pelo contexto político e pelo contato com idéias alemãs, francesas e norte-americanas e assim, mudaram-se os rumos de suas atividades.

Os diretores da Liga mudaram sua orientação, e passaram a concretizar uma tentativa de “normalizar” a população. “Os princípios da eugenia e da higiene mental incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável” (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009, p.1). Ou seja, baseadas na Biologia e pensamento eugenista da psiquiatria organicista alemã, começaram a recomendar medidas de purificação da raça brasileira no sentido de poder criar um indivíduo mentalmente sadio. Apoiada no preconceito racial, esta forma de pensar contribuiu para que a psiquiatria se omitisse diante das diferenças étnicas, culturais e sociais e responsabiliza-se o campo biológico pela exclusão dos inadaptados à produção. E a LBHM foi criada com o intuito de ser o primeiro projeto de administração social da loucura no país (KOBAYASHI; FARIA COSTA, 2009).

A LBHM surgiu como aliada nas aspirações do movimento sanitarista e eugênico de melhoramento do povo brasileiro (...) Os psiquiatras brasileiros estavam convencidos de que por meio de ações voltadas para a defesa da saúde psíquica, contribuiriam na ampla tarefa de regeneração social. Os temas considerados importantes nessa empreitada eram semelhantes àqueles defendidos pelos eugenistas, higienistas e médicos em geral: combate ao alcoolismo e aos "vícios sociais", imigração, seleção e orientação profissional, matrimônios, esterilização compulsória daqueles considerados degenerados, "atenção à infância para um desenvolvimento mental sadio e eugênico". Ou seja: visavam o "melhoramento da raça brasileira" (KOBAYASHI; FARIA; COSTA, 2009, p. 1).

Felizmente, esta foi uma década caracterizada por outras mudanças na área da assistência psiquiátrica. Algumas construções foram promovidas, como a colônia de alienados de Jacarepaguá, em 29 de março de 1924. Ali foram abrigados os indivíduos que vinham transferidos da Ilha do Governador. Recebeu o nome de Colônia Juliano Moreira (CLM) em meados da década de 1930, mais especificamente em 13 de Janeiro de 1937, com respaldo da Lei nº. 378. Dos anos 20 aos 80, funcionava como destino final para pacientes considerados irreversíveis.¹

E não foi por acaso que esta colônia passou a ser nomeada, e reconhecida como Juliano Moreira, pois este foi no Brasil, um dos grandes protagonistas da

¹ Na década de 1960, esse hospital-colônia chegou a abrigar cerca de 5.00 pessoas. No início dos anos 80, após longo processo de deterioração, a instituição iniciou uma transformação do seu modelo assistencial, em consonância com a Reforma Psiquiátrica que vinha acontecendo em diversos países. (DADTE, 2001, p.1)

assistência psiquiátrica, tal como a configuramos hoje. De 1903 a 1930, no Rio de Janeiro, Juliano Moreira dirigiu o Hospício Nacional de Alienados, e mudou a história da Saúde Mental no Brasil, pois assumiu um posicionamento que era minoritário entre os médicos.

Aliado as correntes que representavam à modernização teórica da psiquiatria e da prática asilar, ele entendia que as ações de assistência às degenerações nervosas e mentais, deveriam combater o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas. Seu trabalho estava em harmonia com a linha de desenvolvimento da medicina brasileira dos primeiros anos do século XX. Até aquele momento, se acreditava na possibilidade de dirigir o processo de modernização e sanitização do país.

Assim também cria Juliano Moreira e sua atuação foi coerente com esta visão; para ele, o principal papel da psiquiatria estava na profilaxia, na promoção da higiene mental e da eugenia. Em que pese o caráter francamente intervencionista deste projeto médico, não se pode negar o brilhantismo, a coragem e a originalidade deste fundador da psiquiatria brasileira (...) defendeu a reformulação da assistência psiquiátrica pública, tanto no âmbito legislativo quanto assistencial (GÉLEDÉS PORTAL).



Figura nº. 11- Juliano Moreira. Fonte:<<http://www.aperjrio.org.br>>

Até então, a psiquiatria brasileira se mantivera subsidiária exclusiva da escola francesa, apenas copiando, sem considerar as diversidades culturais existentes. Com Juliano Moreira, a Psiquiatria se ampliou, universalizando-se, e procurando ganhar uma forma nacional. Isto é evidenciado pelo fato de que incentivou a promulgação da primeira lei federal de assistência aos alienados de 1903.

A respeito deste Decreto, que por algum tempo orientou a assistência psiquiátrica, Macedo (2006) afirma que representou a primeira iniciativa da

implantação de uma legislação referente aos doentes mentais no Brasil. O Decreto 1.132/1903 partiu do então deputado João Carlos Teixeira Brandão e foi promulgado no governo do presidente Rodrigues Alves. Brandão era o estava responsável por reorganizar a assistência aos alienados. Por meio deste decreto, se normatizou “a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época. “A loucura e a doença mental, como em outras partes do mundo ocidental, permaneceram ligadas a três dimensões: médica, jurídica e social”. A psiquiatria possui em si estas três dimensões, sendo ao mesmo tempo médica (assistencial) e vinculada ao controle da ordem pública.” (*apud* AMARANTE, 2006, p.1).

Este decreto lei, também refletia o empenho da classe médica psiquiátrica em reservar a si mesma um espaço exclusivo de atuação. A partir desta lei, o único lugar autorizado a receber loucos era o hospício, por reunir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer do médico. Em verdade no Brasil até o século XX não se pode falar propriamente em psiquiatras no Brasil. Pois até então, os médicos dos asilos, os chamados alienistas, eram, em grande parte, clínicos gerais e legistas. Assim, se fez necessário a regulamentação desta atividade, que na época começava a ampliar seu campo de atuação na proporção em que aumentava a quantidade de asilos pelo território brasileiro.

Ao se fazer um paralelo com as ações que são desenvolvidas atualmente, é possível pontuarmos alguns elementos que evidenciam uma certa discrepância nas ações. A primeira, é que a classe médica se denominava como única detentora da verdade em torno do doente mental, e, portanto, a única com poder absoluto sobre o mesmo. Esse posicionamento nos leva ao segundo aspecto. Propagava-se a idéia de que o louco não possuía a capacidade de gerir seus bens e sua pessoa, conseqüentemente, sua vida. Portanto, carecia da tutela de um curador. Do mesmo modo, a este paciente não se deliberava o direito de interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ele aplicado. (MACEDO, 2006).

Esta breve explanação nos faz perceber que em meio a esta classe, o médico Juliano Moreira realmente se sobressaiu, na medida em que sugeriu que novos formatos institucionais e de tratamento para a doença mental deveriam ser implementados. Suas primeiras ações enquanto diretor do hospício refletiram seu intuito de promover reformas não apenas materiais, que já seriam de suma importância, mais sobretudo mudanças éticas e expressaram veementemente a sua principal preocupação.

Retira as grades das janelas das enfermarias e abole os coletes e camisas de força. Recupera e constrói pavilhões. Cria o Pavilhão Seabra, um amplo prédio com equipamentos trazidos da Europa, para fazer funcionar oficinas de ferreiro, bombeiro, mecânica elétrica, carpintaria, marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria, vassouraria e pintura, atividades que contribuíam para recuperação dos assistidos e alguma renda particular. O grande salão no pavimento superior passa a ter diariamente alguém dedilhando o piano, levando as sonatas e sinfonias invadirem os corredores e chegarem aos ouvidos dos pacientes. Torna o hospital um grande centro cultural reunindo professores, cientistas e trabalhadores. Implanta oficinas artísticas antecipando-se as terapias ocupacionais desenvolvidas depois pela magnífica psiquiatra alagoana Nise da Silveira. À vontade e a determinação com seu trabalho o faz mudar-se do bairro de São Cristóvão para ir morar numa casa dentro do hospital (MACEDO, 2006, p. 1).

No entanto, as mudanças políticas que se seguiram no cenário brasileiro, acarretaram em um novo contexto de atuação para o médico brilhante. Em novembro de 1930, o novo presidente - Getúlio Vargas - dissolveu o Congresso Nacional, as câmaras e as assembleias estaduais. Nomeou interventores nos estados, manteve seus compromissos com as oligarquias dissidentes, e em oito de dezembro de 1930 Juliano Moreira foi destituído da direção do hospital e aposentado.

Aquele prédio próximo à grandiosa beleza natural do Rio de Janeiro - o Pão de Açúcar - foi durante 28 anos o palco em que o Mestre Juliano Moreira representou o papel central da psiquiatria brasileira. Sem ele, aquele monumento arquitetônico encerrou seu ciclo psiquiátrico, renascendo tempos depois como um "Palácio Universitário" impulsionado por um novo baiano - Pedro Calmon (*idem*).

Ainda na década de 1930, houve a promulgação do decreto que revogou o anterior, de 1903. Em meio às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, também a assistência e a relação entre poder público e doente mental foram alteradas. Agora o Decreto de nº. 24.559 de 1934 passou a dispor sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem com a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Houve também alteração do termo alienado no ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao psicopata, considerada uma denominação mais ampla. Novamente fora afirmada a incapacidade do doente mental, sendo facilitado o recurso à internação.

Esta medida era reconhecida como solução e válida por qualquer motivo que tornasse incômoda a manutenção do psicopata em sua residência.

Com esta prerrogativa, as internações eram a regra, e qualquer possibilidade de tratamento extra-hospitalar era exceção. Neste momento, a mera suspeita de que o indivíduo estava acometido com a doença mental, era suficiente para que o mesmo fosse cerceado de sua liberdade em asilos, com a subsequente privação de seus direitos civis, e submissão à tutela do Estado. É possível, contarmos com este elemento enquanto um dos fatores que estimularam o alto índice de internações.

As fontes pesquisadas, se não apresentam dados precisos sobre o funcionamento anual da CJM nos anos de 1940, nos dão um panorama bastante expressivo de como foi se constituindo essa instituição nesse período, tornando-se então a instituição de início dos anos de 1950. Através da quantificação das fichas de observações quando da entrada dos internos, observamos que foi durante a década de 1940 que houve maior afluxo de novos doentes para tratamento na CJM. A documentação de fichas de observações consultadas no Núcleo de Documentação e Pesquisa do atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMAS-JM), totaliza a entrada de 122 pacientes masculinos na década de 1920 e 1.602 pacientes homens na década de 1930, enquanto que na década de 1940 o número de novas entradas de homens chega a 2.805, decaindo para 1.054 na década de 1950. Com relação à população feminina, observa-se que foi no ano de 1942 que foi criado o Núcleo Teixeira Brandão (mulheres), havendo também na década de 1940 um maior afluxo de pacientes do sexo feminino do que na década anterior ou posterior (VENÂNCIO; CASSÍLIA, 2007, p. 5).

Juridicamente não havia garantias contra esta medida, embora formalmente existisse o Conselho de Proteção aos Psicopatas. Com este conselho, criado em 3 de julho de 1934, sob o Decreto nº. 24.559/34 reafirmou-se a relação da Justiça e a Psiquiatria com o tratamento sendo associado ao posicionamento legal. A partir daí, o psicopata passou a ser visto segundo os enfoques, jurídico e médico, na medida em que sua mera existência era uma questão de ordem pública, em razão do potencial de periculosidade.

Como ficou definido por Foucault e Castel, o processo que levou à definição de periculosidade social está no plano da ordem pública e não está vinculada à natureza do sofrimento psíquico. Toda pessoa internada torna-se, por definição, perigosa. A medicina mental ratificou em sua definição de doença mental a equação doente mental-perigo social. Sendo assim, a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar a sua presença (MACEDO *apud* AMARANTE, 2006, p.1).

De interesse é analisarmos de perto alguns dos artigos deste decreto, e que reafirmam as colocações de Macedo. Neste sentido, a sistematização elaborada por Costa pode ser de ajuda. Ele destaca os artigos 5º, 10º, 21º, 26º e 33º, respectivamente, e a sua explanação auxilia a nossa compreensão quanto à forma em que se percebiam e conseqüentemente lidavam com o doente mental neste período.

A “doença mental” é caso de polícia e de ordem pública (...) A Psiquiatria passa a atuar como “sociedade política” (repressiva) e como “sociedade civil” (criadora de ideologia), legando aos psiquiatras poderes amplos sobre o “doente mental” e mesmo o direito de questionar uma ordem judicial (...) O louco perde a cidadania (...) As instituições psiquiátricas privadas aumentam a sua participação frente ao Judiciário e um número maior de loucos oriundos de famílias abastadas passa a ser detectado (COSTA, 2001, p. 8).

Vale ressaltar ainda, que foi a partir da década de 1930 que à assistência psiquiátrica pública se estendeu para os Estados do país com a criação de serviços patrocinados pelo governo federal. O Serviço Nacional de Doença Mental foi um desses serviços (SNDM), criado durante a ditadura getulista, passaria a gerenciar a expansão da assistência psiquiátrica em todo o território nacional.²

Adauto Botelho assumiu a direção do mesmo, que fazia parte da estrutura do Ministério da Educação e Saúde, mediante o decreto-lei 3.171 de 24 de 4 abril de 1941. Botelho seguia as diretrizes de Juliano Moreira, e o tinha como a figura mais proeminente da psiquiatria brasileira no primeiro quarto de século, que buscava conferir um caráter científico à psiquiatria (Paulin; Turato, 2004, p. 1).

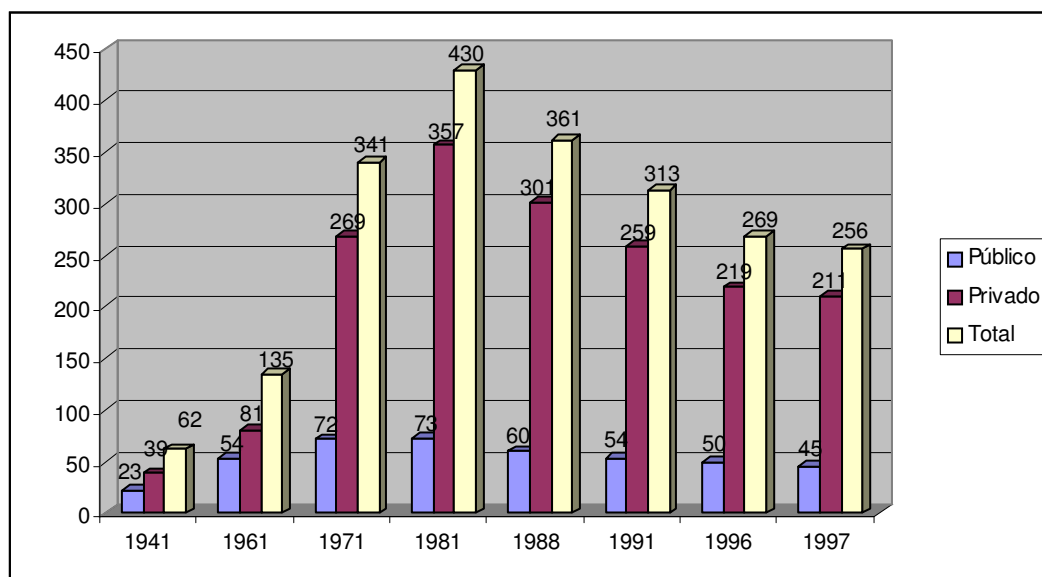
(...) a estrutura hospitalar privilegiada e implementada como tipo padrão pelo SNDM foi o hospital-colônia. Dentre os 20 estados brasileiros (incluindo-se o Distrito Federal) 14 deles são citados como aqueles que deveriam ser contemplados com a construção ou ampliação de hospital-colônia ou colônia. Esse modelo institucional defendido desde os anos de 1910 por Juliano Moreira, era reafirmado nos anos 40 e 50 do século XX como “padrão”, tanto no sentido de parecer ser considerado o que havia de mais adequado ao tratamento de doentes mentais, quanto no sentido do incentivo sistemático que é dado à sua reprodução. O formato do hospital-colônia expandia-se nos moldes de um complexo hospital que

² O primeiro órgão responsável pela assistência psiquiátrica de âmbito nacional foi a Assistência Médico-Legal a Alienados, criado pelo decreto nº 508 de 21/06/1890. Em sua substituição, o decreto nº 17.805 de 23/05/1927 instituiu a Assistência a Psicopatas, que foi reformulada para Serviço Nacional de Doenças Mentais em 1941 e, posteriormente, para Divisão Nacional de Saúde Mental, pelo decreto nº 66.623 de 22/05/1970 (VENÂNCIO; CASSÍLIA, 2007, p. 2).

ocupava área física considerável e, portanto, nos casos por nós conhecidos, afastado dos núcleos mais urbanizados dos estados, formado por pavilhões e por outras estruturas assistenciais (VENÂNCIO; CASSILIA, 2007, p. 3).

Os seis Estados restantes (Amazonas, Pará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia e Paraná) são mencionados à construção de hospitais ou de pavilhões no interior destes (*idem*). A administração de Botelho no SNDM perdurou 13 anos de 1941 a 1954. Esse período foi caracterizado pela expansão da assistência psiquiátrica, na figura dos hospitais públicos. Um dos mecanismos que certamente facilitou esta expansão foi o decreto-lei nº. 8.550, de 3 de janeiro de 1946. Este autorizava a realização de convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Com este documento, os governos estaduais se comprometeram a doar terrenos, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial. Enquanto o poder federal, assumiria o investimento em projetos, construção, instalação e equipamentos (VENÂNCIO, CASSILIA, 2007, p. 3).

Gráfico 01-Evolução do número de Hospitais Psiquiátricos, segundo o prestador. Brasil-1941/1996



Fonte

s: CIS/MS (1941 a 1988) SRH/SUS (1991 a 1997) (*apud* CARMO; KOGA; SOUZA, 1999).

Até 1954, Botelho conseguiu estruturar uma rede de 16.000 leitos. Foram criados mais hospitais públicos psiquiátricos (23 hospitais), responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos no Brasil. O restante dos leitos ficaram distribuídos entre as 39 clínicas privadas, e haviam apenas 4 ambulatórios em todo o país. “É nesse momento que começam a ser introduzidos os primeiros tratamentos biológicos na

psiquiatria brasileira, os choques cardiazólicos e insulínicos, a eletroconvulsoterapia e psicocirurgia” (GAMA, 2008, p. 121).

Como era de se esperar, esse mecanismo legislativo favoreceu o crescimento no número de construções asilares em vários Estados como Sergipe, St^a Catarina, Espírito Santo e Alagoas, que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Tais iniciativas refletiam e concretizavam as diretrizes que foram iniciadas por Juliano Moreira.

A década de 1940 também foi marcada pelo esforço da psiquiatria em se estabelecer na condição de especialidade médica e no reconhecimento de sua atuação no campo da psiquiatria. Em parte estas reclamações foram atendidas e algumas medidas foram adotadas. “O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945”, caracterizou de uma maneira mais esclarecida, como também passou a condenar denominações que eram relacionadas à doença mental como hospício e asilo. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante (Paulin; Turato *apud* Sampaio 2004, p. 1). Em 1954, quando Botelho deixou a administração do SNDM, o quadro na assistência psiquiátrica apresentava uma estatística de 16 mil leitos psiquiátricos no país. Entretanto, a criação desses novos hospitais não amenizou a situação caótica e desconfortável para o doente mental.

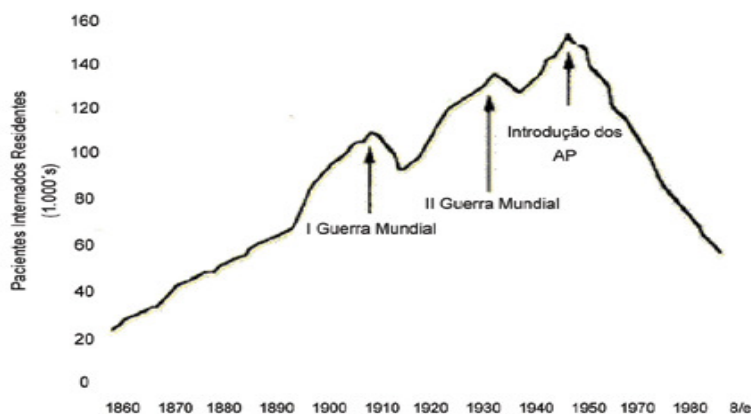
Ao contrário, na década de 1950, os hospitais públicos psiquiátricos apresentavam excesso considerável no número de internos. Só o Hospital do Juquerí abrigava cerca de 13 mil doentes(*idem*). No fim da década de 50, os Hospícios estão com lotação muito acima da sua capacidade, como por exemplo, o Juquerí, em São Paulo, com quase 15 mil pessoas, ou o São Pedro, em Porto Alegre, com 3.200 internos, quando as vagas eram 1.700 (RESENDE, 1987, p. 54).

Neste contexto, é imprescindível considerarmos também, o surgimento da psicofarmacoterapia, que se deu a partir desta década. Com este advento, em todo o mundo tornou-se viável a redução no tempo de permanência do internamento hospitalar, bem como a diminuição da população de pacientes. Além disso, nesta época com a utilização do mecanismo medicamentoso, pessoas com enfermidades mentais reconhecidas como menores passaram a ser melhor assistidas.

Um exemplo disso é demonstrado no gráfico abaixo. O mesmo demonstra a realidade dos Estados Unidos com relação à evolução de pacientes internos, e que foram acompanhados com o auxílio dos psicofármacos. Deixa-se muito claro a

redução desta população enquanto residentes. Este fenômeno ocorreu também em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Gráfico 02-Redução do número de internos nos Estados Unidos



Fonte: Diretoria da Associação brasileira de Psiquiatria-2006

Esta foi uma década também marcada pela privatização na área da psiquiatria no Brasil, situação agravada pela ditadura militar e pelo avanço das idéias liberais.

Segundo levantamento (...) o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Estes últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%. Em 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento de 24,9% dos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos (PAULIN; TURATO apud SAMPAIO, 2004, p. 5).

Com o passar dos anos casas de saúde, no que diz respeito à assistência psiquiátrica foram surgindo, mas, no âmbito do privado. Embora se diferenciasssem pela oferta de conforto em comparação aos hospitais públicos, e apresentassem baixo índice de mortalidade, tinham a mesma função social e perpetuavam a mesma condição: isolava os usuários do convívio e contato com a comunidade, resguardando-a do suposto perigo.³

³ Se na década de 1930 chegou a haver um fugaz convênio entre o Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado — Ipase — e a Casa de Saúde Dr. Eiras, foi na década de 1950 que se incorporou a assistência psiquiátrica, mesmo que de forma incipiente, aos institutos de aposentadoria e pensões.

Neste sentido, Paulin e Turato (*apud* MEDEIROS) (2004), comenta:

À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes — IAPC — concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse ali construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciantes e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro. Este convênio pode ser considerado o marco inicial das internações em hospitais particulares, por meio da hospitalização de previdenciários (2004, p. 1).

Neste contexto, é importante ressaltar o fato de que, no Brasil a psiquiatria só se tornou efetiva como prática assistencial de massa, após 1964. No que tange a saúde, até então uns poucos indivíduos é que eram acobertados pelas chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), organizadas por grupos de trabalhadores. OS demais se refugiavam com os poucos benefícios oferecidos por instituições de caridade.⁴

Na década de 1960, acontece a unificação dos Institutos de Aposentadorias Pensões e (IAP's). Assim, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir deste momento, o Estado consolidou a tendência que se manifestou desde a década anterior, a privatização na área da psiquiatria. Passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, o que conciliava pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários.

Na década de 50 aumentam o número de clínicas particulares, através da criação de enfermarias específicas para os institutos de aposentadorias e pensões de certas categorias profissionais. O abandono dos hospitais públicos é notório. Em 1960 a proporção entre público e privado começa a se inverter, havendo nessa década 135 hospitais. Mas é notável o aumento proporcional dos leitos em hospitais privados, até chegar em 1981 com 70.6% dos leitos provenientes dessas clínicas. O fator de mudança central foi a decisão dos governantes militares brasileiros em ampliar a oferta de leitos para toda a população, se apoiando num sistema privado e curativo, de acordo com um capitalismo dirigido e ligado politicamente a setores empresariais. (GAMA, 2008, p. 122).

Além disso, nesta época se inicia a construção dos pilares de uma grande mudança, que proporcionaria uma realidade totalmente diversa do que até então se

⁴ Na década de 1930, o Estado incorporou estas ações de assistência à saúde que passaram a ser sistematizadas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS). Entretanto, a atenção psiquiátrica só foi anexada às demais especialidades na década de 1950, e mesmo assim de forma incipiente. Constam deste período, argumentos de favorecimento a investimentos em ações de saúde mental, como proposta que, por excelência, visava à rentabilidade econômica.

conhecia no mundo da assistência. Tendo em vista que na mesma época, se originou na cidade Italiana de Trieste, o embrião do movimento que passou a ser denominado de Reforma Psiquiátrica.

Este atingiria vários países nas décadas seguintes. Teve como principal combatente o psiquiatra italiano Franco Baságlia. É o médico e psiquiatra apontado como precursor da Reforma Psiquiátrica na Itália. Após assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, iniciou um conjunto de mudanças que revolucionaram a comunidade terapêutica da época. Entre as primeiras medidas adotadas, estiveram às melhorias nas condições de hospedaria e no cuidado técnico dispensados aos internos.

Um dos marcos que deve ser pontuado neste novo olhar apresentado por Baságlia, é que ele percebeu o que realmente configurava uma experiência exitosa, no que diz respeito ao enfrentamento da doença mental. Para ele, uma simples humanização não seria suficiente, mas, que esta deveria ser complementar a algumas outras transformações tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto na dinâmica das relações entre a sociedade e a loucura.

Assim, propôs uma reformulação nas ações e no saber da psiquiatria. Queria acabar com a exclusão imposta pelo hospital psiquiátrico. Para isso, ele questionou o papel exercido pela Psiquiatria na manutenção da ordem pública, a origem social das pessoas internadas, questionou o saber e as práticas terapêuticas da Psiquiatria e, o papel dos funcionários do hospital como agentes do poder e do controle institucional.

Defendia uma metodologia com mecanismos extra-hospitares para o doente mental. Tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão.

Desse modo, propôs a desinstitucionalização enquanto um trabalho de modificação não apenas da estrutura manicomial, mas, sobretudo, de sua lógica. O que se traduz numa transformação e desmonte da forma como as pessoas vitimadas com o transtorno mental eram percebidas e tratadas. Este passo não se resumiria ao direcionamento da doença sob os ditames institucionais, e sim, à

condução de uma ação de transformação mais ampla que abarcasse o indivíduo em seu convívio social.

Neste processo, não desconsiderou a importância da psiquiatria. Mas, defendia que a mesma sozinha, não daria conta do complexo que configurava a loucura. Na verdade, Baságlio criticou a postura tradicional da cultura médica. Pois esta transformava o indivíduo em mero objeto de intervenção clínica e contribuía apenas para o isolamento sendo, portanto, excludente e repressora. Ele inclusive “denunciou o que chamou de “duplo da doença mental”, ou seja, tudo o que se sobrepunha à doença propriamente dita, como resultado do processo de institucionalização a que eram submetidos os loucos no hospital, ou manicômio” (AMARANTE, 1996, p. 2).

Em 1970, passou a dirigir o Hospital Provincial, em Trieste. Nesse novo posto, iniciou um processo que resultou no fechamento daquele hospital. Promoveu a substituição do tratamento tradicional que ali era dispensado ao doente mental, por uma rede territorial de atendimento composta por serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os internos (*idem*).

A experiência em Trieste tornou possível a desconstrução do manicômio como possibilidade única de entender e enfrentar a loucura. Foram estes acontecimentos que contribuíram para o credenciamento em 1973, efetivado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), do Serviço Psiquiátrico em Trieste como referência mundial em saúde mental.

A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Baságlio (...) Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Baságlio, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada “Lei 180”, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida popularmente como Lei “Baságlio” (AMARANTE, 1996, p. 2).

A Lei 180, anteriormente citada, foi também um grande avanço para a assistência psiquiátrica, pois foi a primeira lei do mundo a decretar a abolição dos asilos. Estabelecia mudanças no estatuto jurídico do doente mental, além de proibir novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos, a lei estabelecia a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental. Dessa forma, se inicia os primeiros reflexos de cidadania atribuída no lidar com o paciente que sofria com

transtorno mental, com possibilidade de percebê-los como cidadão de direitos. Estas metas podem ser facilmente percebidas, na colocação de Gama, quando diz que,

[...] a lei fundamentalmente estabeleceu que: estavam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos públicos, previa a implantação de serviços de saúde mental de base comunitária, determinava que as internações, quando necessárias, deveriam ser realizadas em unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais com menos de 15 leitos, e regulava as internações involuntárias. Em resumo, as principais características que finem o movimento italiano foram a erradicação dos hospitais psiquiátricos públicos e a implantação de serviços comunitários, abertos e territorializados, com leitos em hospitais gerais, além de um forte apoio às equipes interdisciplinares. Esses serviços deveriam se colocar como alternativos e substitutivos em relação aos hospitais e não complementares a esses. Outra meta fundamental dessa experiência era a busca pela reintegração na vida social e econômica de todos os pacientes, inclusive os crônicos, através de empresas sociais (2008, p. 24-26).

Assim como afirma Gondim *apud* Delgado (2001), o movimento da Reforma psiquiátrica reivindicava a cidadania do louco. Mesmo consistindo de exigências políticas, administrativas e técnicas a luta insistia, sobretudo no que concernia aos direitos do doente mental, ou seja, por sua Cidadania.

Como pensador e crítico, Franco Baságlia influenciou os acontecimentos no cenário brasileiro, sobretudo, após algumas visitas que fez como participante de seminários e conferências. Seus ideais constituíram algumas das principais influências para o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no País.

Assim, devolveu-se ao indivíduo com transtorno mental sua identidade enquanto cidadão, trabalhador, proprietário e tantas outras que lhes foram retiradas com os tratamentos tradicionais. Sobretudo, as instituições asilares, quando a estes, fora atribuído o estigma de incapaz, perigoso ou anti-social. O aspecto inovador desta tendência era empregado com o recurso do hospital-dia, que proporcionava a continuidade da inserção do indivíduo em seu meio social e familiar, no período do tratamento.

No Brasil, foi principalmente na década de 1970 que as funções e os serviços ofertados pela política de saúde mental, sofreram alterações e passaram a ser mais delimitados, e segundo Resende poderiam ser assim listadas,

[...]a) curar, b) recuperar a força de trabalho, c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal de saúde mental, d) auto-reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da

economia a eles ligados: hospitais, indústrias de medicamentos, etc., e) ideologizar as relações sociais, conferindo desta forma, racionalidade à irracionalidade do sistema, f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os, g) difundir e inculcar normas de comportamento visando homogeneizar as diferenças individuais (1987, p. 60).

O registro histórico indica que foi a partir dessa década, que o cenário brasileiro vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica, com crescentes manifestações de vários segmentos da sociedade no sentido de reduzir a privação da liberdade individual na forma de manicômios. Além disso, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial, através da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado.

A década de 70 no Brasil foi o momento histórico da denúncia da degradação a que eram submetidos os doentes mentais internados nos hospitais psiquiátricos. Desencadeado pela contestação ao modelo exclusivamente médico e asilar de tratamento da loucura, que os profissionais diversos do campo da saúde mental trouxeram para o espaço público, o movimento reformista a partir dessa época mostrou à sociedade a precariedade das condições de assistência em saúde mental e propôs alternativas para a substituição desse modelo (GAMA, 2008, p. 123).

É possível afirmar que como marco crucial no processo de mudança da assistência psiquiátrica, instrumentalizou-se a Reforma Psiquiátrica. Este foi um movimento que se apoiou em modos de interpretação e em informações críticas que sistematizaram o processo de transformações sociais e políticas. Essas mudanças se materializaram através da ação dos profissionais de saúde mental, e posteriormente dos próprios serviços de saúde mental.

Emergia desse cenário, uma cultura crítica que em seus preceitos diferia da cultura formal hospitalocêntrica, que era reproduzida nas instituições de vários profissionais atuantes e pouco satisfeitos com as ações de saúde mental. Como também, era divergente em relação à postura hegemônica e predominante, mais convencional que produzia uma competência técnica que não se comprometia com a crítica aos manicômios, à segregação dos doentes mentais, ou ao autoritarismo no âmbito das instituições psiquiátricas.

Além disso, houve a elaboração de leis e decretos que delimitaram e estruturavam esta política. Por exemplo, em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde, por intermédio da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), expediu a portaria

32 definindo esta divisão como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. Este era responsável pela reformulação das políticas de saúde mental, e ficou conhecido por caracterizar a luta corporativa por melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia para os profissionais e ampliação dos recursos humanos, entre outras. Originou os questionamentos relacionados às condições de atendimento destinadas aos pacientes e a hegemonia dos hospitais privados, o que ressaltava a necessidade de investimentos do setor público.

Também a sistematização da Portaria de setembro de 1974, conhecida como Plano de Pronta Ação (PPA). Este plano tinha como principal resolução a desburocratização do atendimento das emergências, tanto para os segurados da Previdência como para seus dependentes. Em números, isso representava a cobertura de cerca de 80% da população urbana (PAULIN; TURATO, 2004 apud LUZ).

Por volta desta época, também, se registra uma elevação considerável no número de internações. Especialmente na rede privada, tendo em vista as experiências das condições precárias dos hospitais públicos. É digno de nota ainda, mencionarmos que em meio a avanços e retrocessos, as críticas e propostas referentes à saúde mental, ainda estavam sob influência do viés economicista, privilegiando a função produtiva da psiquiatria.

Entretanto, a assistência ao doente mental perdeu a relativa importância adquirida nos primeiros anos da década de 1970, o que foi evidenciado pela redução da proporção de gastos com a saúde mental em paralelo aos dispensados à assistência médica. Mas, não podemos desconsiderar que o movimento atual da Reforma Psiquiátrica, teve como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, exatamente na segunda metade desta década (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 458).

A Reforma Psiquiátrica é reconhecida como um dos mecanismos de maior intervenção frente à assistência psiquiátrica, nos moldes tradicionais. Constituiu um grupo de intelectuais e segmentos da sociedade civil, que articularam movimentos e reflexões críticas a abordagem da doença mental, bem como sua relação com as instituições, os saberes e a sociedade. Com estas inquietações surgiram no cenário brasileiro grupos de estudo que protagonizaram a crítica ao modelo clássico da assistência psiquiátrica e a construção do projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Com relação ao papel desempenhado por este movimento de luta, O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), afirma

Intelectuais e setores da sociedade civil articularam movimentos e reflexões de críticas à abordagem da loucura e sua relação com as instituições, os saberes e a sociedade. Despontaram no cenário nacional grupos de estudos que iriam protagonizar a crítica ao modelo clássico da Psiquiatria e a construção do projeto de reforma Psiquiátrica no Brasil (2008, p. 2).

Assim foi nos últimos anos da década de 1970, que se formou no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Porém foi notadamente a partir de 1989, que os representantes deste movimento, começaram a assumir espaços de liderança, coordenando e supervisionando os serviços em saúde mental, inclusive em vários municípios, desencadeando novas práticas. O diferencial nesta postura, era a busca na construção de um novo modelo assistencial, com ênfase na oferta de serviços extra-hospitalares.

Para tanto, um novo elemento se fez presente nesta luta. O conceito de cidadania passa a ser discutido como imprescindível na concretização da assistência psiquiátrica. Só assim seria possível, conceder ao doente mental a inserção no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.

Duas referências anteriores mantiveram relação com o que acontecia naquele momento. "São elas: o modelo de comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui as idéias de saúde mental e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva" (TENÓRIO, 2002, p.28).

De certa forma, é possível pontuarmos estas referências enquanto um marco inovador, no processo de desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil, pois se apresentava com o objetivo de superar as estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. A construção de respostas à demanda se dava a partir da psicanálise, que por sua vez buscava interpretar por meio de leituras inconscientes não apenas os pacientes, mas também a instituição e os profissionais que lidavam com a problemática. Neste caso,

a psicanálise comparecia, portanto, para tornar instituições e equipes objeto de interpretação e como afirma o diretor da primeira comunidade terapêutica do Rio de Janeiro, Dr. Oswaldo dos Santos, para assinalar "que os limites entre saúde e enfermidade mental são muito menos nítidos". A consequência é de que o psicanalista, que

saberia sobre o inconsciente, “torna-se o grande modelo identificatório para os membros da comunidade terapêutica” (apud Tenório, 2002, p. 29).

Embora esta inovação no enfrentamento da questão relacionada ao doente mental, deva ser apontada como elemento de progresso tendo em vista que sinalizava uma nova concepção, na realidade não impactou de fato sobre o modelo vigente, e foi absorvida pelas atividades que expressavam os interesses dos manicômios privados. Esses demonstravam pouco ou nenhum interesse em mudanças, no que diz respeito aos serviços ofertados. Quando muito, apenas maquiavam uma realidade que se apresentava como moderna, mas, sem deixar de ser conservadora.

Ainda assim, não se pode negar esta experiência e sua herança positiva sobre as experiências mais recentes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste sentido, pode ser citado o fato de que as atividades a partir deste momento passaram a ser desenvolvidas considerando mais de perto o usuário em sua realidade contextual, ou seja, de um modelo de grupo societário.

Se a psiquiatria, assim como outras especialidades envolvidas no tratamento do transtorno mental, assume a dimensão política de seu saber, sua insuficiência, e também a sua incurabilidade da doença mental, abre-se espaço para olhar o doente como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de história e construtor de sentidos e valores. Abre-se espaço para buscar o cuidado em ao invés da cura. Quanto ao cuidado, é pressuposto não ser operado exclusivamente pelo psiquiatra, mas todo profissional do campo da saúde mental, pelo meio social e pelo próprio paciente (...) (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 465).

Um dos limites para estas atividades é que se usava uma linguagem psiquiátrica apenas sobre o sintoma. Mais, independentemente destes acontecimentos, as demandas pela intervenção estatal na questão da doença mental e do louco, continuavam, e se configuravam basicamente em três âmbitos: no social pela tranquilidade que seria possível, tendo em vista que não mais se encontrariam homens livres e desocupados em tumultos urbanos; o clínico, quando os médicos em defesa dos princípios éticos e humanitários, passaram a denunciar maus tratos direcionados aos doentes mentais que eram detidos sem receber nenhum tipo de tratamento clínico, e finalmente, o âmbito clínico que visava minimizar os sofrimentos resultantes do tratamento. Este aspecto era fortemente defendido pela irmandade religiosa em defesa dos direitos humanitários.

Vale ressaltar que no processo de desenvolvimento da política de saúde mental brasileira, o período de intervenção do Estado com maior prevalência que se pode apontar, é o pós-golpe militar. Neste, se deu início a política do controle na assistência psiquiátrica, com uma ampliação de serviços. Mas, paradoxalmente, uma considerável exclusão de direitos civis e políticos. Na assistência psiquiátrica, o Estado incrementava este duplo padrão ao destinar as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais públicos, e os trabalhadores previdenciários, aos hospitais da rede privada pela contratação de seus leitos psiquiátricos. Assim, esse período passou a ser caracterizado pela presença marcante da indústria farmacêutica, que alimentou uma “fábrica de loucos” (*grifo da autora*). Logo, os leitos privados cresceram muito mais em proporção aos leitos públicos e o doente mental tornou-se mercadoria e se viu transformado em fonte de renda.⁵

Este foi um período marcado também, pela mercantilização das políticas sociais como um todo. Porém, esta realidade não impediu que novos rumos fossem concebidos à Política de Saúde Mental. Dessa forma, os movimentos sociais foram ganhando visibilidade e surgiram novos atores na luta política. A saúde passou a se sobressair, sobretudo com a crise financeira da Previdência Social, que forçou o governo a pensar numa sistematização da mesma. Os movimentos dos trabalhadores de saúde mental se fortaleceram com a visita de pensadores e críticos da assistência ao doente mental ao Brasil.

Outras reivindicações foram ganhando forças no cenário nacional. Os sindicatos lutam pelo reparo do desgaste físico dos trabalhadores motivados pelo sucateamento do serviço público, tão característico na época. Havia uma grande insatisfação por parte destes trabalhadores, que apontavam como precárias as condições de trabalho, principalmente no Rio de Janeiro. Foi aí que aconteceram por volta de 1981, às primeiras reivindicações pela expansão dos serviços ambulatoriais em saúde mental. Apesar de não saberem ainda como deveria se dar esta organização (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 465), estes trabalhadores procuravam

⁵ Ainda segundo Gondim *apud* Oliveira & Teixeira (2001) foi na década de 1960 que a política manicomial sofreu grande expansão, com a contratação e financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas, o que para a autora se constituiu em um grave problema no cenário brasileiro anos depois. Tendo em vista que o privatismo na atenção psiquiátrica favoreceu o crescimento desordenado, a falta de planejamento e critério nas demandas de internação. Este processo provocou uma cristalização do modelo manicômio-dependente e consolidou-se como política oficial até o final da década de 1970.

estabelecer uma reflexão acerca de novas formas de pensar, agir, perceber e de cuidar dos doentes mentais.

Nesta época, a indústria da loucura era muito evidente. Por isso, a partir daí, intensificou-se os esforços no sentido de demonstrar concretamente a possibilidade de serem substituídos os hospitais, bem como a cultura hospitalocêntrica e excludente que vigorava tão fortemente na população brasileira. Esta substituição se daria por uma rede de serviços comunitários, com a determinação de objetivos e mecanismos para o desenvolvimento das atividades de natureza comunitária, que abarcava o contexto familiar.

Começaram a surgir os primeiros mecanismos e serviços, imbuídos de tecnologias terapêuticas psicossociais. Estes visavam manter a pessoa portadora de algum transtorno mental junto à comunidade em que se inseria. Ao mesmo tempo, em que promovia um novo modelo de enfrentamento, não mais de custódia, mas, com a participação na construção de projetos que favorecessem os espaços de liberdade dos sujeitos dentro do âmbito da sociedade.

Estas ações inovadoras assumiram forças, especialmente em alguns Estados. Em São Paulo e Minas Gerais, o movimento dos trabalhadores em saúde mental avançou com a participação de algumas lideranças nas secretarias de saúde, o que possibilitou uma intervenção crescente em hospitais psiquiátricos tanto na rede pública, quanto na privada. Isto possibilitou uma expansão gradativa no atendimento ambulatorial em saúde mental.

Esta década, sobretudo o ano de 1989, foi marcada por dois marcos muito importantes para a saúde mental, e que nos ajudam a compreender o processo de resistência à psiquiatria tradicional bem como seus reflexos. O primeiro destes foi a intervenção pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta. Este compunha a rede privada e era referência no cuidado ao doente mental.

Outro marco desta luta foi a criação do Projeto de Lei nº. 3.657/89. Apresentado ao Congresso Nacional pelo então Deputado Paulo Delgado⁶. Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Inspirado na Lei Baságli italiana, de autoria do psiquiatra Franco Baságli, representou propostas de mudanças para a legislação psiquiátrica brasileira. Configurou uma central nos

⁶ Após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, ela foi aprovada e sancionada pelo Presidente em 6 de abril de 2001

debates em torno da questão manicomial, provocando polêmicas entre os diversos setores e grupos sociais.

Este projeto de lei sintetizou a percepção sobre a necessidade urgente de reformar a assistência psiquiátrica e de lutar pela garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais, e assumiu o mérito de promover a discussão do tema em toda a sociedade.

De acordo com Costa, Anjos e Zaher *apud* Maia e Fernandes, é possível alocar da seguinte forma estas reivindicações:

(...) o projeto propõe: o restabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais; a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por hospitais-dia; a internação em hospitais gerais, por períodos mínimos; a regulamentação da internação compulsória, ou seja, aquela que se dá sem a aprovação do paciente, e que poderá ocorrer por, no máximo, 24 horas, com o conhecimento do juiz e de uma junta médica; a regulamentação do uso de terapias perigosas, como o "eletrochoque" (2007, p. 106).

Este foi um dos aspectos que impulsionou os debates em torno da assistência psiquiátrica com a sociedade, nos anos de 1990. Os integrantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial passaram a perceber a possibilidade de direcionarem os serviços, como também a aplicabilidade dos mesmos dentro de uma nova ótica, que resgatava a concepção de cidadania e ampliação do poder e direitos da pessoa com transtorno mental. Estas inclusive eram as mudanças elencadas para a saúde em todos os seus aspectos, pela Reforma Sanitária, e não apenas à saúde mental.

3 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA NO CONTEXTO ATUAL

Assim como se deu com o desenvolvimento de outras políticas sociais no Brasil, a de saúde mental enfrentou um processo de inúmeras mudanças, principalmente no que diz respeito às medidas que visavam a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais.

É notório que nos últimos anos a gestão pública tem unido esforços no sentido de promover e garantir resolutividade das demandas apresentadas, bem como superar as primeiras representações sociais da loucura, que quando muito, davam sustentabilidade à exclusão de diversas pessoas nos chamados hospícios.

Em nível nacional, quando tratamos do processo que desencadeou o contexto atual da política de saúde mental, é possível sinalizarmos avanços principalmente, a partir da década de 1970. Tendo em vista que este é o período no qual identificamos a inovação no que tange ao enfrentamento dos transtornos mentais, bem como seus desdobramentos para a realidade. Como ficará evidente na explanação a seguir, foi a partir desta década, com o legado de ações e medidas entorno do doente mental, que se passou a considerar a possibilidade de que essas pessoas deveriam ser abarcadas no leque da proteção social, enquanto indivíduos que acima de tudo, são portadores de direitos sociais.

3.1 Ecos da Reforma Psiquiátrica

Como vimos analisando no capítulo anterior as políticas de saúde brasileiras estão visceralmente atreladas às políticas de saúde mental, ou seja, os movimentos da primeira causam determinados tipos de impacto na segunda. Assim, nos anos 2000 o modo como o SUS vem sendo gerenciado tem seus rebatimentos nos avanços, mas, sobretudo, nos recuos que a assistência pública em saúde mental experienciou.

Nesse contexto, um aspecto que deve ser destacado é o fato de que foi a partir na década de 1990, que os avanços elencados na Constituição Federal de 1988, começaram a ser implantados. Com isto, a Política de Saúde passou por algumas mudanças significativas, tendo em vista que as ações desenvolvidas

começaram a ser norteadas pelos princípios do SUS, como os da universalidade e o da igualdade no acesso aos serviços.

Entretanto, discutir acerca dos elementos que tiveram relevância neste contexto requer a compreensão de acontecimentos que antecederam a este período. Dentre estes, é imprescindível pontuarmos a conjuntura que se fazia presente, e que causou constrangimentos à concretização dos ideais propostos pela Reforma Sanitária, que foram institucionalizados com a legalização do SUS, através da Constituição de 1988.

Uma análise da realidade brasileira na época nos faz perceber que o esboço sanitaria não compunha as prioridades do contexto nacional. Tendo em vista que este visava o fortalecimento de posições conservadoras e estava voltado para o interesse de mercado, o que limitava a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, e também inviabilizava a concretização e garantia da universalidade.

Além disso, o processo de implementação do SUS no Brasil, é caracterizado pelas divergências de interesse dos grupos que compunham a luta da Reforma Sanitária. Se por um lado havia o segmento que em sua base política defendia o fortalecimento de identidade partidária como também o corporativismo, principalmente entre o movimento médico, por outro lado, havia o movimento popular em saúde. Este por sua vez, apresentava em sua agenda a defesa por um sistema de saúde realmente igualitário. Este aspecto é apropriadamente explicitado por Pereira (*apud* BRAVO e MATOS), quando diz:

A discussão sobre a saúde na Assembléia Nacional Constituinte, transformou-se em uma arena real de conflitos de interesses, na qual, [...] dois conjuntos de forças antagônicas passaram a confrontar-se: os *grupos privados empresariais* prestadores de serviços ou ligados à indústria farmacêutica, de um lado, e os *adeptos da Reforma Sanitária*, de outro lado [...] Os primeiros, caudatários do modelo médico-assistencial privado [...], tinham e têm no mercado o seu principal agente regulador, e na rentabilidade econômica a sua meta prioritária. São os defensores da ingerência mínima do Estado na economia e na sociedade e, conseqüentemente, da mercantilização de bens públicos como a saúde [...] Em contraposição, os adeptos da Reforma Sanitária defendiam e defendem a instituição de uma política deliberada e radical de descentralização, mediada pelo SUS, visando a transferência de capacidades decisórias do governo central para os Estados e especialmente para os Municípios. E na base dessa política existia um propósito deliberado e contínuo de promover mudanças que garantissem não apenas um atendimento igualitário, mas *igualdade com eqüidade* nesse atendimento (2002, p. 8).

Como resultante desses conflitos, o movimento promovido pelos adeptos da Reforma Sanitária não se mostrou suficientemente capaz de reunir o apoio devido e necessário, dos usuários dos serviços de saúde. Esta situação contribuiu para uma fragilização no que diz respeito às conquistas, e de um modo geral resultou num sistema de caráter dúbio – com ações tanto do âmbito público como do privado.

Desse modo, as divergências sócio-políticas foram um dos aspectos que contribuíram no que se refere à estruturação de um sistema de saúde tal como o conhecemos na contemporaneidade, com intervenções que em muito se distancia do Projeto da Reforma Sanitária. Tendo em vista que não incorpora no exercício de sua prática a universalidade no acesso aos serviços, não abraça todos os cidadãos para a assistência pública e de qualidade e principalmente, não rompeu com o padrão de atendimento segmentado.

Assim a perspectiva que se apresenta ao SUS, é a de que suas medidas são inteiramente voltadas para uma categoria de usuários socialmente vulneráveis e predominantemente pobres, devido a frágil relação que usufruem com o mercado de trabalho. Esta condição impossibilita a estes, o cuidar da saúde pela via privada, restando unicamente o que é disponibilizado pelo SUS. Nessa direção, observa-se que há um hiato entre as garantias constitucionais e, por conseguinte, a proposta do SUS de universalizar o acesso aos serviços de saúde e o modelo de gestão adotado a partir de 1990.

É justamente no que se refere ao modelo gerencial que se coloca com maior visibilidade a influencia das concepções neoliberais que passam a impactar no conjunto das políticas públicas brasileiras, em particular na política de saúde. Calcada nessas concepções emerge a reforma gerencial de estado que o país experimenta a partir da década de 1990, justamente no momento em que a ampliação dos direitos sociais observados no contexto da Constituinte de 1988, começou a ser incorporada pelos níveis institucionais da administração pública nacional. Nesse contexto, portanto, observa-se uma situação paradoxal entre os “novos direitos sociais” e o processo de ajuste estrutural provocado pela reforma estatal.

Este paradoxo foi facilmente constatado no lócus da política de saúde, já que nos primeiros momentos de implantação do Sistema Único de Saúde, a questão do financiamento ainda carecia de uma definição mais clara tanto no que se refere ao percentual destinado à saúde quanto, no que concerne as responsabilidades e

comprometimento das três esferas gestoras. “Com efeito, já no início dos anos 1990, o SUS sofreu um considerável desfalque nas suas receitas ao ter grande parte delas usada indevidamente” (PEREIRA, 2002, p.14). A autora referida autora ainda complementa a sua idéia quando traz em sua análise, para nível de esclarecimentos, os seguintes dados,

Para se ter uma idéia da magnitude desses cortes, basta mencionar que, de 1987 a 1992, houve uma queda de 40% em termos reais dos gastos federais na área; e que, de 1988 a 1993, ocorreu uma diminuição de US\$ 80 para US\$ 40, no gasto federal *per capita*, sem compensação pela elevação dos gastos estaduais e municipais. Isso, como não poderia deixar de ser, atingiu a *espinha dorsal* do Sistema que era o *reforço federal à implementação de suas novas funções* (2002, p. 15).

Além da questão do financiamento, outro impacto sentido refere-se ao processo de recentralização observado, já que a estratégia da descentralização posta como mecanismo de gestão do SUS, passa a ser empregada, sob uma perspectiva totalmente diversa da proposta original.

Neste sentido, um aspecto que promoveu a centralização das ações, e que minimizava os pressupostos do SUS, foi a medida adotada pelo Ministério da Saúde, no que concerne a atividades regulatórias de controle e auditoria dos recursos destinados à área, na compra de serviços privados. Dessa medida, resultou uma limitação no papel dos Estados e Municípios, pois estes passaram a ser tratados enquanto meros prestadores de serviços em suas esferas de gestão. Pereira (*apud* VIANNA) esclarece também a existência de um outro elemento relevante, na questão administrativa e do financiamento destinado ao SUS, conforme evidencia a citação abaixo,

[...] “Ainda no nível central”, ressalta Viana, “um outro bloco de interesses, até mais poderoso do que o do Ministério da Saúde, ‘jogava’ contra a descentralização. Era o bloco da área econômica, formado por técnicos e dirigentes do Ministério da Fazenda”, que efetuava expressivos cortes nos recursos federais destinados à saúde (PEREIRA, 2002, p. 15).

Como agravante, existia a situação no âmbito subnacional que configurava uma condição de animosidade entre as esferas de governo, pois os Estados resistiam em transferir equipamentos e recursos aos Municípios. Dessa forma, se estabeleciam

relações de concorrência, ao invés de complementaridade entre os dois níveis da federação. Estes acontecimentos apontavam para uma regressão na conquista efetiva de direitos, legalizados pela Constituição de 1988. Pois pela primeira vez se pautou ali a possibilidade da participação conjunta dos governos nos três níveis, entretanto, o que se estabelecia eram dificuldades no exercício da autonomia desses entes federados. “A isso se acrescenta a defasagem e a desatualização da máquina pública dos Estados e dos Municípios em face dos requerimentos organizacionais e gerenciais do SUS” (PEREIRA, 2002, p. 16).

Ao se fazer um balanço dos vinte anos de existência do SUS, é possível apontarmos ainda a baixa adesão por parte da população usuária ao seu projeto político, o que também causou um impacto negativo na sua implementação. Esta característica contribuiu em muito para o fortalecimento do viés centralizador das ações em saúde, e por extensão na assistência psiquiátrica, em todos os níveis da Federação.

A característica dual do sistema de saúde impede que o setor público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal. As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos (MENICUCCI, 2009, p. 5).

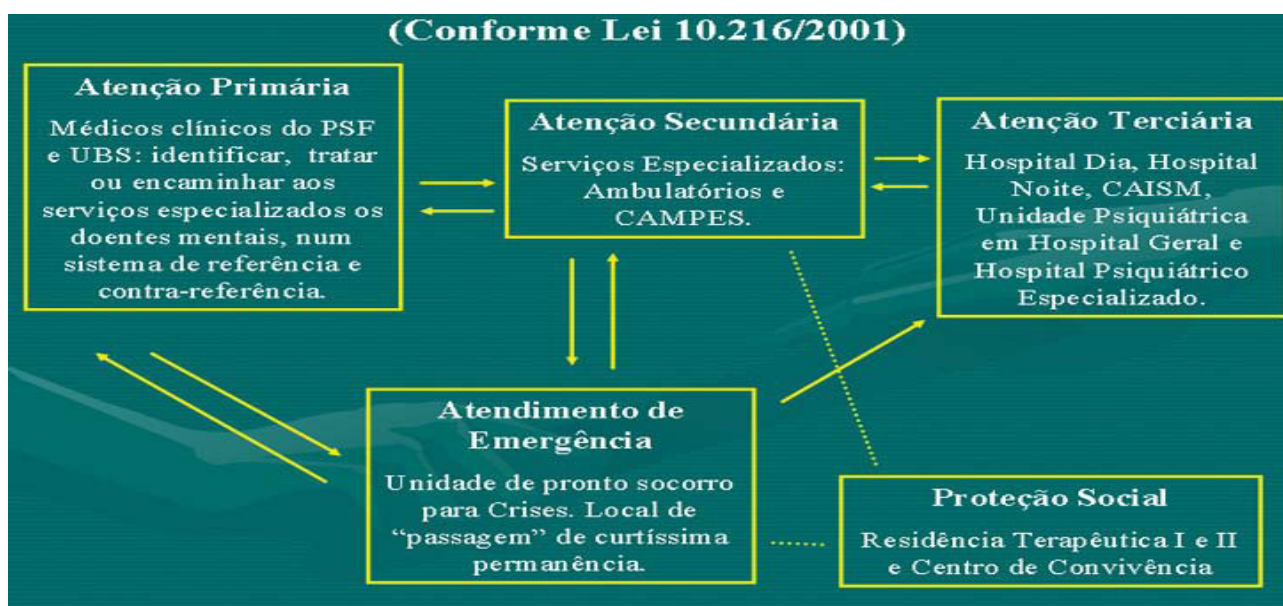
Calcadas nesses pressupostos histórico-conjunturais e considerando sua vinculação umbilical com as políticas de saúde, as políticas de saúde mental também sofreram nesse período um processo de desaceleração, ou seja, o modo como o SUS foi sendo desconfigurado de sua feição original, impactou na assistência psiquiátrica pública pela lentidão com que a rede começou a se adequar aos princípios da Lei Paulo Delgado, bem como pelo descumprimento integral dos princípios mais elementares do sistema quais sejam: a universalidade de acesso; a equidade; a integralidade e a participação da sociedade civil. Essas dificuldades ganham amplitude na área da saúde mental se considerarmos o processo lento de ruptura com o modelo tradicional de assistência psiquiátrica.

Entretanto, mesmo com este cenário pouco favorável, paulatinamente foram surgindo e sendo conquistados novos equipamentos que vislumbravam uma intervenção diferenciada do que até o momento havia sido vivenciado. Outras propostas foram assumindo seu lugar no desenvolvimento das atividades em torno do doente mental.

Como citado anteriormente, os novos mecanismos de intervenção da rede de assistência psiquiátrica no Brasil estão amparados pela Lei 10.216/2001. Esta pode ser apontada como revolucionária enquanto legislação para o cenário da assistência psiquiátrica brasileira, pois além de se constituir na primeira lei votada para a assistência psiquiátrica, propunha o que até então, não era evidente à Política de Saúde mental. Ela reclamava pelo estabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais, a extinção gradual dos manicômios e a sua substituição por hospitais-dias, por meio do qual seria proporcionada uma atenção integral aos mesmos. Também, defendia a internação apenas em situações emergenciais em hospitais gerais, com período mínimo de internação.

Articulada principalmente pelo Deputado Paulo Delgado, e com o embasamento dos preceitos imbuídos na Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216/2001 favoreceu com um respaldo jurídico e uma consistência inovadora, as ações voltadas ao doente mental, assim como é exemplificado no quadro abaixo.

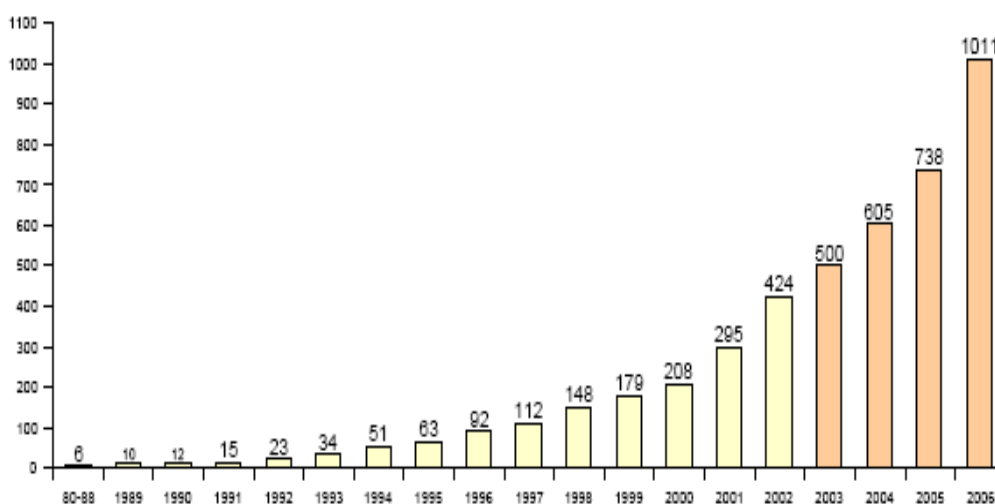
Quadro nº 02- Explicitação da Lei 10.216/2001 - Paulo Delgado



Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria 2006 <[http:// www.abpbrasil.org.br](http://www.abpbrasil.org.br) >

Como estratégia principal do processo da Reforma Psiquiátrica, foi estabelecido que os serviços já existentes no novo modelo assistencial deveriam ser cadastrados como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro Centro a ser inaugurado no Brasil foi em março de 1986, em São Paulo. Recebeu o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira. Este protagonizou uma série de muitos outros, em vários municípios do país, que se consolidaram enquanto mecanismos eficazes na diminuição de internações e nas mudanças exercidas sobre o modelo tradicional de assistência psiquiátrica.

Gráfico 1 : Expansão anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006)



Fontes: Ministério da Saúde. A partir de 2001, Coordenação de Saúde Mental. Antes de 2001 - Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001

Estes equipamentos da política de saúde mental, forma criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92. Os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), bem como os Centros de Referência em Saúde Mental e outros tipos de serviços substitutivos que surgiram desde então no cenário brasileiro, estão atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a Rede do Sistema Único de SAÚDE (SUS). A partir desta Portaria esses serviços foram ampliados, e ficou estabelecido que, especialmente os CAPS,

(...) que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num

... dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 11).

Estes Centros são instituições que têm por meta acolher os pacientes com transtornos mentais. O diferencial está no fato de que almejam alcançar seus objetivos, por estimular a integração social e familiar do usuário promovendo em suas iniciativas a busca da autonomia por oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

Os CAPS apresentam como característica principal, ações que visam integrar estes indivíduos a um ambiente social e cultural concreto, levando em consideração o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana desses usuários. O que inclui

(...) seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 11).

Ao analisarmos esta proposta, fica evidente que a mesma configura um desafio, pois a operacionalização desta meta representa a constituição de uma rede composta por diversos recursos. O que significa dizer que envolve recursos afetivos, ou seja, as relações pessoais, familiares e de amigos, além dos serviços de saúde. Também os recursos sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. Todos estes setores estão convocados para potencializar as equipes de saúde no esforço de cuidado e reabilitação psicossocial.

Toda essa dinâmica é ilustrada no gráfico abaixo, e revela o desafio que significa a concretização desta proposta, tendo em vista que a mesma é perpassada por um conjunto de crenças, costumes e tradições que em muito divergem dessa proposta inovadora. O maior desafio na sistematização dessa Rede consiste na mudança que deve ser feita, especialmente pelas pessoas envolvidas com as ações assistenciais dentro da Política de Saúde mental.

Gráfico nº 04 – Proposta da Rede de Saúde Mental segundo a Reforma Psiquiátrica

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Fonte: Ministério da Saúde. PRH / Coordenação Geral de Saúde Mental-2007

Para tanto, suas ações são assim formuladas:

(...) prestar atendimento em regime de atenção diária; (...) gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; (...) promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; (...) dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); (...) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; (...) coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades

hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; (...) manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Um aspecto importante relacionado aos CAPS, é que estes podem diferir quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas que são ofertadas. Também, diferem quanto à especificidade da demanda. O que implica dizer que os serviços são direcionados para criança e adolescentes, usuários de álcool e drogas e para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Compõe-se nas seguintes modalidades: CAPS I e CAPS II. São para atendimento diário de adultos com transtornos mentais graves e severos. CAPS III. Estes são para atendimento diário e noturno de adultos. Durante sete dias da semana acolhe a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. “Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 23). Os CAPSi. São CAPS de atendimento diário, para a infância e adolescência com transtornos mentais. “Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (idem).

Por fim, há o CAPSad, que passou a existir a partir de 2002. Destinam-se a usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos resultantes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas. Estes possuem leitos de repouso com a finalidade de tratamento de desintoxicação.

Estes Centros funcionam pelo menos durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª). Os horários de funcionamento durante os fins de semana dependem do tipo de CAPS, como pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 03 - Implantação dos CAPS por nº. de habitantes

CAPS I – município com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De Segunda a Sexta-Feira
CAPS II - município com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De Segunda a Sexta-Feira Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas
CAPS III - município com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi - município com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De Segunda a Sexta-Feira Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas
CAPSad - município com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De Segunda a Sexta-Feira Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas

Fonte: Ministério da Saúde. PRH / Coordenação Geral de Saúde Mental

Para o desenvolvimento de suas ações, os CAPS devem interagir diretamente com os Programas de Saúde da Família (PSF's) e de Agentes Comunitários de Saúde (PAC's), tendo em vista que estes representam a porta de entrada no que tange ao acesso à Política de Saúde. A Reforma Psiquiátrica defende o deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade. Visto que os CAPS se configuram enquanto dispositivos estratégicos desse movimento de luta, e os PSF's e PAC's representam a Rede Básica de Saúde, o trabalho que almeja a eficácia deve ser realizado de forma articulada, com vistas à efetivação da assistência à saúde, especialmente no que se refere ao atendimento e relação com os transtornos mentais.

Em termos simples, esta integração se revela nas seguintes atividades:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de

dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atenderem conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 25).

A observação anterior nos revela que o desenvolvimento dessas atividades está para além do simples encaminhamento, que envolve a referência e a contra-referência na rede de atendimentos, porque implicam na responsabilidade compartilhada por ambas as instituições. Nesse processo, quando se fizer necessário, o CAPS em atuação na área de abrangência, poderá dialogar a possibilidade de se acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipe de saúde mental, que tenham a finalidade de realizar as atividades de apoio a rede básica. Neste sentido, “As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF” (*idem*).

A discussão que engloba este mecanismo da política de saúde mental deve levar em consideração que nos últimos tempos alguns gestores têm se empenhado na ampliação da rede em seus municípios. Este é um dos fatores que certamente vem contribuindo para o aumento no número de CAPS implantados, como se observa no quadro abaixo.

Quadro nº 04 – Número de CAPS implantados por UF

UF	POPULAÇÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	TOTAL
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2
Alagoas	3.127.557	36	6	0	1	2	45
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4
Amapá	613.164	0	0	0	1	2	3
Bahia	14.502.575	106	30	3	5	13	157

Ceará	8.450.527	40	27	3	6	17	93
D. Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6
E. Santo	3.453.648	7	8	0	1	3	19
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26
Maranhão	6.305.539	35	13	1	3	6	58
Minas Gerais	19.850.072	174	44	8	11	16	153
M. Grosso do Sul	2.336.058	7	6	1	1	3	18
M. Grosso	2.957.732	25	2	0	1	5	33
Pará	7.321.493	20	11	1	2	5	39
Paraíba	3.742.606	34	9	2	7	6	58
Pernambuco	8.734.194	16	17	1	4	10	48
Piauí	3.119.697	23	5	0	1	4	33
Paraná	10.590.169	34	26	2	7	19	88
R. de Janeiro	15.872.362	32	37	0	13	16	98
R. G. do Norte	3.106.430	10	10	0	2	5	27
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	1	16
Roraima	412.783	1	0	0	0	1	2
R. Grande do Sul	10.855.214	63	36	0	14	21	134
S. Catarina	6.052.587	41	13	1	6	8	69
Sergipe	1.999.374	20	3	3	1	3	30
São Paulo	41.011.635	55	74	19	27	58	233
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10
Brasil	189.612.814	706	402	46	117	231	1502

Fonte: Ministério da Saúde. PRH / Coordenação Geral de Saúde Mental

Um traço importante que caracteriza a implantação dos CAPS em nível nacional, é que a cobertura desse serviço não acontece de maneira igualitária, pois abarca as especificidades regionais, além da dinâmica na administração pública de seus respectivos Gestores.

Gráfico nº 05- Representação da cobertura de CAPS por 100.00 habitantes



Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental-2006

Dessa forma, a expansão no número desses instrumentos sociais não implica necessariamente na eficácia dos mesmos, tendo em vista que a sua dinâmica é perpassada por alguns desafios. Os CAPS apresentam como prioridade, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, o favorecimento de estratégias e recursos que proporcionem a inserção dos usuários. Mas, este processo está para além de aproximar essas pessoas com transtornos mentais dos espaços comuns onde vivem.

O desafio está em criar estruturas que ultrapassem a cultura tradicional e excludente em torno dessas pessoas, cultura esta advinda não apenas da sociedade mais, também e principalmente de seus cuidadores. Que na ausência de maiores esclarecimentos, promoviam o distanciamento desses parentes do convívio social.

Esta realidade enfatiza a importância do trabalho em rede. A mesma deve acontecer entre os agentes que vinculam as atividades desses Centros, com a rotina diária. Ou seja, se faz necessário à estruturação de contatos com outras instâncias como instituições, organizações e cooperativas, que imbricadas com estes objetivos fortaleçam as possibilidades de inserção social do doente mental. Ignorar este aspecto põe em risco toda a proposta e investimentos confiados a estes espaços, bem como fragiliza a constituição de um modelo de atenção psiquiátrica, descentralizado e de base comunitária, assim como é preconizado na Reforma Psiquiátrica.

No entanto, esta não tem sido a realidade dos CAPS no cenário brasileiro. Como se evidencia na afirmação de Correia, ao tratar da dinâmica dos CAPS na vivência em Santa Catarina.

[...] das 45 instituições pesquisadas, apenas 5, o que corresponde a 11%, mencionaram este objetivo, dando a entender que ele não figura como prioritário. O Relatório de supervisão da Secretaria de Estado da Saúde e avaliação dos CAPS em Santa Catarina, 2006, ratifica essa idéia ao constatar a dificuldade entre os serviços para executar atividades intersetoriais e em rede tornando-se "necessária uma ação conjunta coordenada pelos CAPS" (2007, p. 86).

Outra dificuldade que é percebida na operacionalização dos CAPS está relacionada aos recursos humanos que devem compor o quadro de profissionais. Segundo a legislação que passou a vigorar com a Portaria 336/2002, estes mecanismos devem ser compostos por equipe multiprofissional, composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, entre outros. Mas, o que fica evidente em muitos desses espaços é a defasagem em seu quadro. E esta realidade sem dúvida, resulta numa sobrecarga de trabalho para alguns, e consequentemente compromete o alcance da proposta estabelecida.

Acresce a isto o fato de que esses profissionais precisam desenvolver suas funções com um número de recursos materiais e financiamentos, que nem sempre são apontados como adequados ou mesmo, suficientes à demanda. Essa característica reflete a realidade da política de saúde em geral, que assim como foi pontuado anteriormente, também carece no direcionamento e gestão pertinentes aos seus custos.

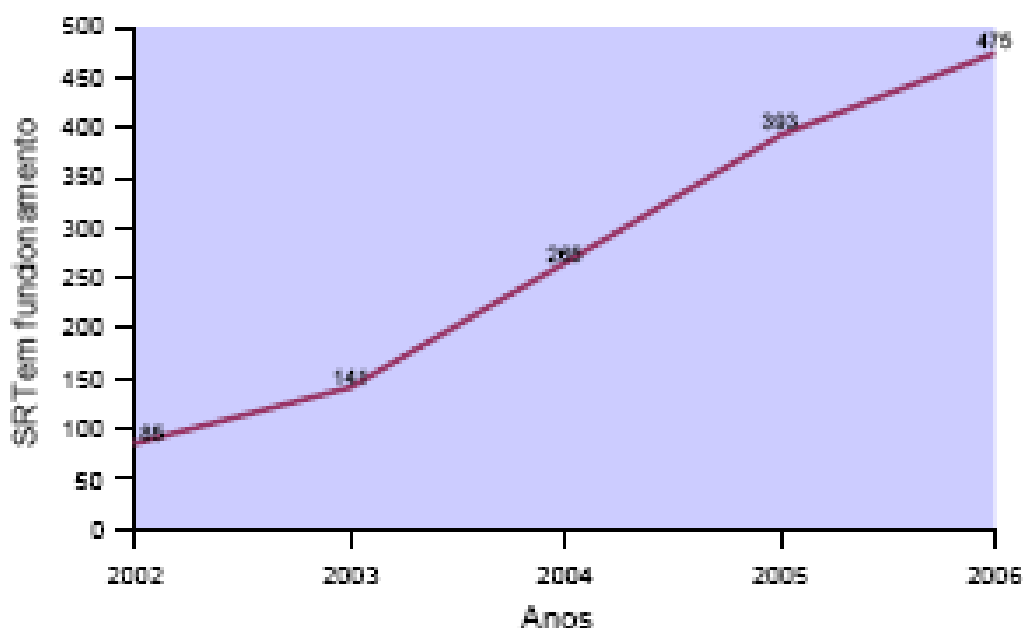
Como acrescentam Bezerra e Dimenstein

Os CAPS surgem como uma proposta ousada de transformação ao tentar ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar e com o poder de resolução centralizado no profissional médico. Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, sendo instituída uma lógica do trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde. Se, por um lado, o CAPS ocupa um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações tecnoassistenciais. Entretanto, essa dicotomia traz desdobramentos importantes tanto para a configuração do SUS enquanto sistema unificado e integral como para a eficácia da rede básica e dos serviços substitutivos, dada a necessidade de estabelecer articulações necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental (2008, p. 642).

Assim, fica clara a vinculação dos problemas enfrentados pelos CAPS com a organização mais geral do SUS, que tem nos seus níveis de complexidade inúmeras dificuldades que envolvem desde a questão do financiamento insuficiente até a falta de interlocução nos movimentos de referência e contra-referência em saúde.

Além dos CAPS, fazem parte do leque de avanços da atenção à saúde mental, as Residências Terapêuticas, também chamadas de Serviços Residenciais terapêuticos – SRTs. Sua implantação exigiu dos gestores do SUS uma constante articulação entre a comunidade, vizinhança e outros atores sociais do território. São casas, ou locais de moradia para pessoas com transtornos mentais que permaneceram por um período de tempo longo em instituições psiquiátricas, e que por isso ficam impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Estas residências foram implantadas pela Portaria/GM nº. 106 de fevereiro de 2000, e integram a Política de Saúde mental do Ministério da Saúde.

Gráfico nº 06-Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento (2002 a 2006)



Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental-2006

Para atender aos seus objetivos, são estrategicamente localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia dos usuários portadores de transtornos mentais em situação de vulnerabilidade. Em geral, essas pessoas não usufruem de vínculos familiares. Uma especificidade nessas instituições, é que elas se não constituem em unidades de saúde. Antes, estas residências são espaços de habitação que devem favorecer a pessoa com sofrimento mental a inserção social. Muitas vezes possibilitam a reconstrução dos laços sociais e afetivos para aqueles cuja vida encontrava-se delimitada por aspectos que favoreciam a exclusão social.

Os moradores das residências são acompanhados pela rede extra hospitalar (CAPS, ambulatorios, atenção básica, etc.) visando o respeito a cada indivíduo, bem como ao seu nível de (re)adaptação à vida em sociedade. O número de usuário por unidade pode variar de um indivíduo, até um pequeno grupo de oito pessoas, que contarão sempre com a assistência de CAPS. As atividades devem buscar de modo especial, habilitar essas pessoas para a rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. A convivência nesses espaços representa o início de um longo processo na tentativa de inserir socialmente o morador.

Outra característica dessas residências é que elas são mantidas por recursos financeiros que anteriormente eram destinados aos leitos psiquiátricos. Um dado

interessante neste sentido é que, para cada usuário de hospital psiquiátrico que é transferido para uma residência terapêutica, um número igual de leito deve ser desativado e descredenciado no SUS, e os recursos financeiros que o mantinha deve ser realocado para os fundos do Estado ou do Município correspondente, com fins de manutenção dos serviços terapêuticos.

Vale ressaltar que, assim como, se deu com os CAPS, o incentivo financeiro para as residências, pode ter sido um dos mais importantes aspectos de estímulo, na expansão da Rede. Como resultado desse trabalho, ocorreu um processo gradativo de “desativação de leitos psiquiátricos” (Ministério de Saúde. Relatório de gestão 2003-2006, p. 21).

Com relação à desativação de leitos psiquiátricos, é imprescindível situarmos este aspecto dentro do contexto social, tendo em vista que a assistência à saúde mental não pode ser compreendida isoladamente do sistema da política de saúde no qual está inserida. E neste respeito, é possível afirmarmos que as mudanças significativas ocorreram a partir da década de 1970, com o advento da privatização acelerada desses leitos.

Esta característica implicou em mudanças, que se deram não apenas na assistência psiquiátrica, mas, na política de saúde como um todo. Pois a partir desta década, ampliou-se a privatização da assistência médica, através da compra de serviços pela Previdência Social. Especialmente após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, a prestação de serviços assistenciais, começou a ser feita através de serviços contratados de terceiros.

Dessa forma, a oferta dos serviços da assistência psiquiátrica sofreu um recuo. O que pode ser evidenciado com o cenário dos leitos psiquiátricos, que em 1941 apresentavam uma estatística de 21.079 no âmbito público, em comparação a 3.034 privados. Este quadro cresceu proporcionalmente até 1970, chegando a atingir um marco de 47.677 para 34.433 leitos privados. No entanto, ainda nesta década ocorreu uma inversão nesse quadro. Os leitos privados passaram a ter um crescimento acelerado, em detrimento dos espaços na iniciativa pública.

Outro dado importante está relacionado aos resultados obtidos com a avaliação de leitos/1.000 habitantes. Neste sentido, fica explícita a necessidade de ajuste neste sentido, pois além das diferenças regionais, há um declínio no atendimento satisfatório à demanda, assim como esclarece Venâncio e Cassília

[... [a taxa de leitos psiquiátricos/1000 habitantes. Esta taxa caiu 59% entre 1984 e 2003. Em 1941, esta era de 0,58 atingindo o ápice de 0,88 em 1984, sendo que atualmente temos a menor taxa já observada nos últimos 50 anos, com o valor de 0,36. Esta distribuição não é uniforme em todo o Brasil, havendo uma acentuada concentração de leitos na Região Sudeste. Esta taxa traduz um número baixo de leitos, se considerarmos que 1% da população sofre de quadros psicóticos, sendo estimada a necessidade de, no mínimo 50 leitos para cada 1.000 habitantes. Além disso, a taxa de leitos privados é acentuadamente maior do que a de leitos públicos em todas as regiões (2007, p. 12).

Além disso, é importante que se questione o papel que estes leitos desempenham no processo de inserção social do doente mental. Ainda em 2005, ocorreu à elaboração de um relatório que buscava analisar o processo de desospitalização em curso. Embora a Lei 10.2167 já estivesse em seu 4º ano de aprovação, o relatório apontava que os hospitais psiquiátricos ainda concentravam o atendimento terapêutico e configuravam a assistência psiquiátrica a pacientes que apresentavam transtornos mentais.

Assim, foi concluído que a redução progressiva dos leitos, bem como a inserção social dos usuários só poderá ocorrer se acompanhado por medidas paralelas. Como a reintegração desses indivíduos aos seus respectivos lares e a família, a consolidação de mecanismos como Residências Terapêuticas e o Programa de Volta para casa, além da expansão dos CAPS pela interação e inclusão de ações de saúde mental na atenção básica e outros serviços de saúde, além do credenciamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para eventuais situações em que a internação se faça necessária.

Com relação ao Programa de Volta pra Casa, este foi instituído no governo do então Presidente Lula por meio da Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Dispõe e regulamente o auxílio-habilitação também, para usuários que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. Tem como objetivo principal, a efetivação da inserção social destas pessoas, por incentivar a estruturação de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadores do convívio social e que possam assegurar o bem-estar e estimular o exercício dos direitos civis, políticos e de cidadania. O benefício se constitui em pagamento mensal de auxílio pecuniário de R\$ 320,00 para pacientes que se enquadrem em alguns critérios. O auxílio tem a duração de um ano, e pode ser renovado quando necessário.

Dentre os critérios exigidos para a inclusão no programa estão: ser egresso de internação psiquiátrica, de no mínimo dois anos em instituição custeada pelo Sistema Único de Saúde; que seja tecnicamente possível sua inclusão no programa de reintegração social e a necessidade de ajuda financeira; seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental na rede local ou regional; além da aceitação de submissão às regras do programa pelo próprio ou seus familiares [...] (VENÂNCIO; CASSILIA, 2007, p. 13).

Este programa harmoniza-se com os ideais da Lei 10.216, quando esta explicita que para os usuários egressos de longo internamento ou aqueles que caracterizam a situação de grave dependência institucional, deve se destinar uma política específica de alta planejada e que proporcione reabilitação psicossocial assistida.



Figura nº. 12 - Usuária do Programa de Volta para Casa. Fonte: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>

Este é um dos mecanismos que pode ser apontado como eficaz dentro da política de assistência psiquiátrica, pois favorece alguns benefícios aos usuários egressos de instituições, como também fortalece a possibilidade do convívio na família e na comunidade em que se insere. No entanto, a luz da situação atual brasileira dos serviços de saúde, deve-se levar em consideração o fato de que a sua implementação ainda não cabe dentro do contexto de alguns Estados e Municípios, tendo em vista que depende de negociações permanentes nestas instâncias de governo, para que todos sejam incluídos e assistidos, e também para que ocorra a integração entre as diversas instituições.

Assim, juntamente com o Programa de redução de Leitos Hospitalares de longa permanência, e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta pra Casa, constitui um tripé importante para a efetivação do processo de desinstitucionalização das pessoas que sofrem com transtornos mentais submetidas à privação da liberdade, em hospitais psiquiátricos brasileiros. Este programa é caracterizado por um auxílio-reabilitação, que é direcionado também para aqueles que por falta de alternativas são submetidos a tratamentos que os privem de seus direitos básicos.

Além desses, existem os Ambulatórios de Saúde Mental, os quais oferecem assistência às pessoas com transtornos mentais menores. Estes são imprescindíveis, especialmente nos municípios que apresenta maior demanda de atenção aos transtornos em geral. A sua relevância é vista com a necessidade de que os usuários sejam acompanhados continuamente, de forma a evitar a reincidência nas internações. Nestas situações, os ambulatórios podem dar suporte às ações de um CAPS, uma vez que dispõe atendimento aos transtornos menos graves.

No Brasil, o registro sobre os ambulatórios são mínimos. Faltam dados sobre a atuação e a capacidade desses equipamentos, pois nem todos estão registrados no Sistema DATASUS, e as informações que existem não explicitam as condições reais das ações que são desenvolvidas nesses espaços.

Fazem parte ainda do conjunto de avanços da Política de Saúde Mental, os Centros de Convivência e Cultura, que atuam como instrumento de ação, na inclusão social de indivíduos com transtornos mentais em tratamento. Foram criados através da Portaria 396 de 7 de Julho de 2005. Configuram-se enquanto dispositivo público inovador que compõem a rede de atenção substitutiva da assistência psiquiátrica e ofertam às pessoas com transtorno mental condições de sociabilidade.

As pessoas que trabalham ali são artistas, artesão e oficineiros. Em geral, são pessoas em condições de desenvolver alguma atividade laborativa. Estes Centros são especialmente implementados em municípios que se mostram capazes de efetivar uma rede assistência no acolhimento e atendimento aos transtornos mentais severos e persistentes. São preferencialmente implantados em localidades onde a saúde mental apresenta cobertura adequada, especialmente no que diz respeito aos CAPS. Busca-se a operacionalização desses mecanismos em localidades com mais de 200.000 habitantes.

No entanto, a política de financiamento para estes serviços, ainda está em construção e sua efetivação se evidencia de forma incipiente, o que se evidencia pelo fato de que “existem hoje, apenas 60 Centros de Convivência e Cultura em funcionamento no país, em sua maioria concentrados nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo” (Ministério de Saúde, 2003-2006, p. 22).

Pode ser contada também como avanço da assistência a saúde, a implantação de Hospitais-Dia. Estes representam uma das primeiras medidas do SUS, no intuito de garantir às pessoas com transtornos mentais, o cuidado em meio aberto. Constituí-se num recurso intermediário entre o ambulatório e a internação plena. Através desses, são desenvolvidas atividades terapêuticas, com o objetivo de inserir socialmente o usuário, sem privá-lo do convívio sócio-familiar. Porém, atualmente o hospital-dia tende a ser um serviço em processo de superação, especialmente frente ao papel de atuação dos CAPS nos últimos anos.

De fato, devido ao investimento do Ministério da Saúde, tanto na formação e expansão como na capacitação de suas equipes, vários hospitais-dia, mudaram progressivamente seu cotidiano, tornando-o mais dinâmico e conseqüentemente mais comprometido com a inserção social dos usuários. “Muitos hospitais-dia transformaram-se, assim em Centros de Atenção Psicossocial, assumindo sua função estratégica de ordenamento da Rede de Atenção em Saúde Mental em seu território” (Ministério de Saúde, 2003-2006, p. 22).

Apesar do esforço dos órgãos governamentais persistiu, entre o trabalho dos hospitais-dia, uma resistência bastante intensa na prestação do atendimento ao usuário portador de transtornos psiquiátricos. É sem dúvida uma resistência baseada no traço cultural e nos mitos que envolvem a doença mental, aliado a falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com os vários diagnósticos relacionados a este universo.

Um processo que deve ser apontado como avanço para a assistência psiquiátrica, é a ênfase dada a esta modalidade de atendimento nas equipes da atenção básica. Dessa forma, com o apoio de profissionais da área de saúde mental, e embasada em normalizações gerais, as Unidades Básicas de Saúde, passaram a desenvolver diferentes formas de assistência e atenção a grupos de saúde mental.

Neste processo, é importante identificar alguns aspectos que convergem entre a assistência psiquiátrica e a dinâmica dos PSF's e que podem resultar num avanço extraordinário na redução do surgimento dos transtornos mais leves.

Assim, com a consolidação do PSF enquanto estratégia de reorganização do modelo assistencial tem se desenvolvido no âmbito da atenção primária a concepção da prevenção e promoção em saúde mental, conforme sinaliza Scóz e Fenili,

Dentro as possibilidades de articulação e desenvolvimento conjunto de ações destaca-se: capacitação e supervisão para as equipes de saúde da família (ESF) completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos (Estatuto da criança e do adolescente ECA, direito dos portadores de transtornos mentais, dos idosos, das mulheres, etc.); princípios da reforma psiquiátrica e do PSF; família, grupos e rede social; intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS ; uso de psicofármacos, entre outros. Reforça-se a idéia de que a capacitação, enquanto educação continuada se desenvolva reciprocamente entre as equipe do PSF e do serviço; intervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos severos); criação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto as ESF; integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo PSF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas); articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc); promover ações para diminuir o comportamento violento, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos (2003, p. 74).

No entanto, o próprio PSF tem apresentado inúmeros problemas no que se refere à cobertura, aos processos de trabalho e a estrutura de funcionamento em muitos municípios brasileiros.

Não obstante, tais iniciativas estarem em curso é importante assinalar que os problemas relativos à assistência psiquiátrica pública já eram pontos de discussão desde a I Conferência de Saúde Mental ocorrida de 25 a 28 de Junho de 1987, e que se deu enquanto uma das resultantes da 8ª Conferência de Saúde. Como mecanismo da Política de Saúde Mental no Brasil, a I Conferência de Saúde Mental representou um marco histórico, pois refletiu o anseio de toda a comunidade

envolvida com a mesma, e que percebia a necessidade de interlocução desta, com a política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal.

Aquele momento no Brasil, foi caracterizado pelo desenvolvimento peculiar do sistema capitalista no Brasil, predominantemente caracterizado por ser um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou no pós golpe militar de 1964, e que delimitou para o cenário nacional uma estruturação de ordem social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma concentração de renda e propriedade para uma minoria.

Essa realidade acarretou em fortes mudanças para o cenário trabalhista. Pois desestruturou enormes contingentes populacionais que se estabeleciam no campo, e foram obrigados a assumirem e migrarem para os grandes centros urbanos em busca de melhores condições de vida. Este processo representou um ganho para o modelo econômico vigente, tendo em vista que gerou um volume acentuado de pessoas na procura de emprego e desvalorizou o valor da mão-de-obra, aumentando ainda mais o cenário de desigualdade. Agravando, assim, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria.

Dessa forma, o plano no mundo das reivindicações sociais ficou comprometido. A oferta de serviços das Políticas Sociais não tinha a devida atenção das autoridades governamentais, que estavam mais preocupados em atender aos interesses do sistema de produção e todos estes aspectos incidiram diretamente sobre a dinâmica da assistência ao doente mental, tendo em vista que suas ações fortaleciam a classificação e exclusão dos incapacitados para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista. Por isso, a preocupação e as ações relacionadas com a política de assistência psiquiátrica deveriam abarcar estes elementos que constituíam o contexto nacional da época.

Essa percepção era mais do que pertinente, se analisamos a configuração da época, conforme expressa no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde mental dão evento,

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle da

insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real (1987, p.12).

Assim, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, buscou estabelecer seus eixos de discussão a partir da relação entre a economia, sociedade e Estado, sobretudo, nos rebatimentos desta relação sobre a saúde/doença mental. A discussão desenvolvida ali tentou uma aproximação com o conceito de saúde, destacando que a reformulação do setor para se obter serviços satisfatórios, não seria suficiente se esta não estivesse articulada a implementação de todas as políticas sociais do Estado, assim como havia se colocado desde a discussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Além disso, esse momento possibilitou o convívio de diversas categorias sociais, tanto os ligados a área específica como entidades religiosas, partidos políticos, instituições privadas, associações de usuários e outros, que juntos buscaram a viabilização no que tange a troca de informações para a melhoria na qualidade assistencial. Em todo este processo há um aspecto inovador que merece destaque e que está relacionado à forma na qual se estruturaram aquelas reivindicações. É o fato de que as conquistas para a assistência psiquiátrica pública seriam alcançadas num processo participativo e democrático.

Essas diversas categorias sociais compuseram um quadro de 176 Delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e outros segmentos que representavam a luta da assistência à saúde mental. Este foi um evento, elaborado a partir de três eixos temáticos, assim como é esboçado pelo Relatório Final do mesmo,

- I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
- II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
 - A - Princípios Gerais
 - B - Princípios Básicos
 - C – Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequentemente reorganização dos serviços
 - D – Política de recursos humanos
- III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.
 - A – Recomendações à constituinte
 - B - Reformulação da legislação ordinária (I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 3).

Aquela foi à oportunidade para se chegar a um consenso, no que diz respeito às contradições em torno do discurso científico e o político. Esses discursos foram apontados em sua relevância como elementos propulsores no processo de elaboração das propostas que iriam articular as ações em torno da saúde mental na agenda de ações de saúde em geral. Além disso, apontado o aumento significativo a demanda da população por serviços psiquiátricos, e o papel relevante dos trabalhadores em saúde mental em articular a operacionalização dos direitos para os doentes mentais. Para atingir os objetivos traçados, o encontro estabeleceu alguns parâmetros, como estratégia de ação. A conquista da universalização e equidade foi alguns desses passos que deveria chegar à construção de uma nova ordem constitucional, que incluísse em sua cobertura a assistência a pessoa com transtorno mental.

As reclamações para a assistência psiquiátrica pública e de qualidade, que ecoaram na I Conferência Nacional de Saúde Mental impulsionaram o cenário que se seguiu dentro das ações internas da política de saúde Mental, incluindo as conquistas que se deram na elaboração dos direitos constitucionais para o doente mental, em 1988 com a Constituição federal. Mas, considerando a realidade nacional que promovia cada vez mais a ascensão do sistema capitalista, essas conquistas não foram suficientes.

Por isso, em 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema, *A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial Direito à Cidadania*. Esse momento foi produto da Conferência Regional de Caracas, para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas, que aconteceu em 1990 e da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992. Estas Conferências pontuaram para a urgência na revisão da legislação específica e do modelo assistencial predominante na área de saúde mental.

A oferta dos serviços era considerada como de má qualidade, somada a freqüentes denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania de pacientes internados em estabelecimentos psiquiátricos. Predominava a lógica do modelo assistencial centrado no leito hospitalar psiquiátrico, utilizado quase como que como único equipamento. O que significa que a cultura da exclusão à inserção social do doente mental ainda era prevalecente, bem como a lógica do hospitalocentrismo.

Além disso, as ações até aquele momento estavam assentadas numa legislação visivelmente inoportuna, pois esta não havia acompanhado os avanços da atenção psiquiátrica,

O decreto n 24.559 de 1934 que dispõe "Sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas" é a legislação que temos em vigor sobre o assunto. Tal decreto é anterior ao surgimento dos psicofármacos, que determinaram uma verdadeira revolução na Assistência ao doente mental. Nestes quase 60 anos, além dos avanços da Psiquiatria, a organização jurídica, política e social do Brasil modificou-se profundamente. Fica claro que precisamos de uma nova legislação (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 3).

Outro ponto para o qual se chamou a atenção nesse momento foi à necessidade de superação no que diz respeito ao significado da substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais. Esse Projeto deveria ser analisado sob critérios científicos, respaldados no saber médico psiquiátrico já produzido, assim como nas informações e dados da realidade, no quadro da assistência psiquiátrica em nosso país, com suas especificidades.

Pois a simples extinção dos hospitais psiquiátricos, não implicaria numa assistência satisfatória ao doente mental. Ao invés disso, a assistência extra-hospitalar no Brasil necessitaria de respaldo em quantidade e qualidade dos serviços. Para tanto, seria preciso estimular o crescimento em atendimento, tanto no setor público como no privado, e não ignorar a natureza de determinadas doenças e distúrbios mentais em que os pacientes necessitam de internação para receber um tratamento.

Passados quase dez anos da II Conferência Nacional de Saúde Mental, é que ocorreu a III. Realizou-se nos dias 11 a 15 de dezembro de 2001 e trouxe em sua agenda reivindicatória o lema, *Cuidar, sim. Excluir, não*. Este tema foi discutido a partir do eixo temático: Reorientação do modelo assistencial. Tendo como subtemas os recursos Humanos; o Financiamento e o Controle Social; Direitos, Acessibilidade e Cidadania.

Foi um evento marcado por intercalação de períodos de intensificação nas discussões em torno da assistência psiquiátrica e surgimento de novos serviços e programas. Um dos elementos que marcou e estruturou esse evento, foi à

aprovação no mesmo ano, da Lei 10.216, que no Brasil é reconhecida como um divisor de águas nas ações de atenção psiquiátrica.

A III Conferência representou outro momento, enquanto mecanismo de controle social e foro privilegiado para discutir no panorama da Proteção Social, os avanços e recuos do processo. Em sua pauta, alguns eixos receberam destaque como,

[...] o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área (III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001, p. 8).

A pretensão era de medir o êxito deste evento a partir da construção de marcos que nortegassem uma nova realidade para a saúde mental no país, que realmente afirmassem os ideais de equidade e justiça social propostos na CF de 1988 e pela Reforma Sanitária, e nos quais se baseavam o SUS.

Em quase 10 anos do processo de Reforma Psiquiátrica sob vigência da lei 10.216, o SUS ampliou significativamente a rede de serviços extra-hospitalares e reduziu leitos em hospitais psiquiátricos com baixa qualidade assistencial, lugar de constantes violações de direitos humanos.

Esse foi um dos aspectos destacados na realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Seu tema central foi *Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios* e teve por objetivo promover o debate com os diversos setores da sociedade de modo a alcançar propostas e recomendações para o SUS e demais políticas sociais sobre o tema. Assim como ocorrera nas anteriores, os protagonistas foram representantes dos diversos segmentos da sociedade.

Entretanto, a IV Conferência se desenvolveu em três etapas e teve uma peculiaridade de ser intersetorial. O tema central esteve dividido em três Eixos, e estes por sua vez em 27 Sub-eixos:

Tabela Nº 01- Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental

EIXO 1	Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais (Eixo da Política e da Pactuação)
SUB-EIXOS	1. Organização e consolidação da rede 2. Financiamento 3. Gestão do trabalho em Saúde Mental 4. Política de Assistência Farmacêutica 5. Participação social, formulação de políticas e controle social 6. Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em Saúde Mental 7. Políticas Sociais e Gestão intersetorial 8. Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental 9. Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS
EIXO 2	Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais (Eixo do Cuidado)
SUB-EIXOS	1. Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado 2. Práticas clínicas no território 3. Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica 4. Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços 6. Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde 7. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e políticas intersetoriais 5. Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território 8. Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersectorialidade 9. Garantia do acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental.
EIXO 3	Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e Intersectorial (Eixo da Intersectorialidade)
SUB-EIXOS	1. Direitos Humanos e Cidadania 2. Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária 3. Cultura/ Diversidade Cultural 4. Justiça e Sistema de Garantia de Direitos 5. Educação, inclusão e cidadania 6. Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde 7. Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental 8. Comunicação, informação e relação com mídia. 9. Violência e saúde mental

Dessa forma, as Conferências se configuraram como instrumentos fundamentais para a construção democrática da Política de Saúde Mental, pois produziram importantes deliberações que subsidiaram a dinâmica das ações de assistência psiquiátrica pública. Neste cenário, com a consolidação do redirecionamento do modelo assistencial psiquiátrico, é visível a necessidade de ampliação da garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e a intensa discussão do significado da cidadania, como princípio ético das políticas voltadas para este campo. Para tanto, é fundamental a articulação de diversas políticas sociais.

Finalmente, é importante que se afirme a relevância no que tange a adesão dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Pensar nesta proposta, não implica numa idealização romântica na condição da loucura, e não deve impedir o reconhecimento da tensão existente no binômio sociedade-loucura, saúde-doença mental. Ao contrário, se deve admitir que essas novas propostas configuram a base e um passo importante na realização de um trabalho efetivamente eficiente, que direcione eticamente as ações em torno da demanda. Assim fica claro que,

(...) para além de promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento em saúde mental, a reforma psiquiátrica tem efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania brasileira. Movimentando-se no sentido contrário ao da redução das políticas sociais do Estado, ela aponta para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para a recuperação do sentido público de nossas ações. Trata-se enfim, de uma transformação generosa e radical de algumas das mais importantes instituições sociais de nosso tempo (TENÓRIO, 2002, p. 57).

Portanto, o estudo acerca do desenvolvimento das ações destinadas ao portador de transtorno mental, como também a efetivação de sua cidadania pode revelar as inúmeras transformações ocorridas, principalmente nos últimos anos. É possível, identificar o desempenho do Ministério da Saúde, bem como alguns dos equipamentos sociais envolvidos na problemática, em estimular a inclusão de diretrizes que priorizam a dimensão subjetiva dos usuários e uma maior resolução quanto aos problemas de saúde mental.

3.2 A Política de Saúde Mental na Paraíba

Em nível nacional, quando tratamos do processo que desencadeou a Reforma Psiquiátrica é possível sinalizarmos avanços a partir da década de 1970. Assim como fora pontuado anteriormente, é nesta década também que o cenário da Política de Saúde mental inicia seu processo de mutações, no que se refere aos serviços substitutivos. Todavia, esta não é a realidade no que concerne ao desenvolvimento da assistência psiquiátrica na Paraíba.

Refazer a trajetória da assistência aos doentes mentais na Paraíba nos períodos colonial, do império e mesmo na república embora não seja uma tarefa impossível, configura um processo desafiador, tendo em vista que ao remontar a estes períodos e analisar suas representações sociais, nos deparamos com uma história desoladora. Porque no Estado da Paraíba, assim como no resto do mundo o cenário envolto na questão da loucura é predominantemente caracterizado por fatores tristes, perpassado por inúmeros erros e dominado por credices, medos e fantasias.

Outro fator que desfavorece o estudo da assistência aos doentes mentais no Estado paraibano refere-se à escassez de registros escritos, bem como referências dos principais acontecimentos em torno da política de saúde mental. No entanto, apesar desta realidade, há alguns teóricos que preservaram em suas análises a construção dessa política. E a partir destas poucas reflexões, é possível refazermos o trajeto da assistência psiquiátrica, tendo por alvo identificar os avanços e recuos da mesma.

Uma sistematização que pode auxiliar neste percurso, é a que foi traçada por Filho (1977). Para este autor, ao estudarmos a assistência aos alienados no Estado, nos deparamos com três períodos que ele destaca como relevantes ao desenvolvimento dessa assistência, que são classificados em: “da origem à fundação do Hospício da Cruz do Peixe; do Hospício da Cruz do Peixe até a instalação do Hospital Colônia “Juliano Moreira” (1890-1928) e o período que corresponde após a fundação do Hospital Juliano Moreira “(FILHO, 1977, p. 147).

Referindo-se ao primeiro período, de imediato identificamos a dificuldade em se relacionar os acontecimentos com as datas precisas. Por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia é apontada como única instituição do período colonial a dar assistência aos indigentes, o que incluía os doentes mentais. No entanto, não é possível afirmar

a data em que foi criada a Irmandade da Misericórdia da Paraíba, pois assim como enfatiza Filho (1977), o seu primeiro arquivo desapareceu por ocasião da guerra contra os holandeses, e o segundo, foi destruído em um incêndio, no século XVIII. Entretanto, o referido autor nos informa que,

Certo porém é que o hospital já existia na época da invasão, sendo depois reconstruído e ampliado em 1753, na administração do Provedor Antonio José dos Feijós, conforme se depreende do documento que a seguir transcrevemos, respeitando a grafia original: “Snr. Erigida a Santa Casa da Misericórdia desta cidade da Parahyba o foi também o hospital della que se conservou até a tomada do Olandes, tempo em que não só foi o dito Hospital destroido mas também ficou sem mais renda[...]” (FILHO *apud* PINTO, 1977, p. 148).

No entanto, embora não possamos abstrair esta realidade do registro histórico do contexto paraibano, é importante lembrar que as atividades desenvolvidas neste hospital representaram um avanço, tendo em vista que estruturavam os primeiros sinais de superação do costume então vigente, que era recolher os doentes mentais às prisões, misturando-os com ladrões, assassinos e malfeitores de toda espécie. Quando não se chegava ao absurdo de deixá-los em casa, trancafiados e acorrentados em algum cômodo da casa da família e apartados da sociedade, o que só favorecia a plena exclusão dos mesmos.

Embora no século XIX, a proteção hospitalar no Estado tenha sido ampliada, e passado a contar com os Hospitais das Neves e o de Santana, só o tradicional Hospital da Misericórdia é que recolhia os chamados insanos. E essa proteção se dava de forma muito incipiente, pois acolhia esta demanda em apenas dois quartos, um para cada sexo. O que apenas contribuía para uma assistência precária e sem condição de promover algum resultado positivo, como pode ser observado no ofício encaminhado ao presidente da Província, Silvino Elvídio Carneiro da Cunha, que esteve como Governador de 17 de Outubro de 1873 a 10 de abril de 1875, pelo Provedor Lindolfo José Côrrea das Neves.

[...] Neste Hospital apenas existem dois quartos em condições de segurança, para doentes desta espécie, os quais se acham ocupados com outros, que exigem toda a segurança por seu estado de ‘furor’ (*grifo da autora*). Conservam-se atualmente no Hospital sete alienados, mais ou menos furiosos, que, além das ruínas, que causam no edifício com excavações no chão e

estragos nas paredes, incomodam nas ocasiões de acesso os outros doentes com gritos e pancadas nas portas [...] (FILHO, 1977, p. 149).

Por essa e outras razões como a questão do financiamento e manutenção destas instituições asilares, é que vez por outra se registra a recusa de internamentos de indigentes doentes mentais. A princípio, a solução vista foi à transferência dessas pessoas para o Estado vizinho, Pernambuco, comportava o Hospício da Visitação de Santa Isabel, em Olinda, e o Hospital da Tamarineira em Recife. Dessa forma, alguns dos doentes mentais foram enviados, tanto pelas famílias como por autoridades policiais a estas instituições. Este fato, “em nada agradava aos homens da Misericórdia recifense, também eles com sérios problemas no tocante à assistência aos doentes mentais” (FILHO, 1977, p. 150).

Assim as condições deste período contribuíram em muito para o agravamento na situação das pessoas que sofriam com transtorno mental. Os administradores das instituições psiquiátricas precisavam contar com o sempre aumento no número de doentes mentais que ali chegavam, e instavam pela edificação de um prédio que servisse exclusivamente a estes, proporcionando um melhor enfrentamento da questão.

Estavam presentes também as contribuições do mundo da caridade e que já na época era apontado como relevante pelas autoridades governamentais, como é evidenciado na afirmativa do Barão de Maraú, em exercício de 20 de abril a 1º de novembro de 1867, à Assembléia Legislativa em 5 de agosto de 1867.

“O que seria dos menores, dos velhos, das mulheres, dos inválidos, dos doentes, dos loucos, dos pais de numerosas famílias, dos ineptos... se não fossem os estabelecimentos de caridade, que os recolhessem ao seu seio e os socorressem nesta miséria?” [...] E acrescentava:” Animar e desenvolver a nossa Santa Casa é um dever, que, além de político, nos é rigorosamente imposto por aquele santo preceito da lei das leis, o amor do próximo” (FILHO, 1977, p. 152).

Portanto, este foi um período em que a assistência psiquiátrica paraibana se contentou com as mudanças apenas no discurso. Assim como as colocações do Barão, falavam e pensavam a maioria dos Presidentes de Província. No entanto, na hora de agir esqueciam-se do que haviam escrito, e reservavam as ações de saúde mental, nada mais que migalhas. Um exemplo desta realidade é o aconteceu com

os utensílios de um estabelecimento destinado a doentes vítimas de beri-beri, que foi desativado. Por isso, esses objetos foram encaminhados “à Santa Casa, pelo ato nº 566 de 22 de Outubro de 1875. Com isso melhorou muito a situação do Hospital da Misericórdia, permitindo ao provedor alegremente anunciar aos irmãos que o nosocômio possuía, agora, as seguintes peças de roupa:

Quadro nº 05 – Doações encaminhadas “à Santa Casa” pelo ato nº 566 de 22 de Outubro de 1875

	BOM ESTADO	MAU ESTADO	TOTAL
Lençóis	47	28	75
Cobertas de chita	20	37	57
Camisas de Homem	28	17	45
Toalhas	37	11	48
Vestidos	10	2	12
Toalhinhas	6	16	22
Camisolas de algodãozinho usado	4	2	6
Camisas de Mulher	22	4	26
TOTAL	174	117	291

Fonte: FILHO, 1977, p.153

Foi desta forma, com auxílios mínimos, poucas subvenções e raros donativos, que a proteção social destes indivíduos se desenvolveu neste primeiro período, e representou uma pequena, mas significativa melhora, na situação dos infelizes que a ela recorriam.

Com relação ao próximo período que, segundo Filho (1977), vai desde a implantação do Hospício da Cruz do Peixe até a instalação do Hospital Colônia “Juliano Moreira” (1890-1928), configurou um cenário de melhorias no cenário paraibano, tendo em vista que novas possibilidades passaram a fazer parte das ações que eram desenvolvidas na Santa Casa. Assim como afirma Filho,

Um antigo Provedor da Santa Casa, o historiador José Ferreira de Novais, assim descreve os primeiros tempos da era republicana: “O regime republicano começou promissor para a Santa Casa, Em

1890, o Dr. Venâncio Neiva, primeiro governador deste Estado, no curto espaço do seu governo, foi ao encontro das necessidades da S. Casa, fornecendo-lhe leitos, lençóis, uma bomba para a cacimba, os petrechos necessários à canalização da água nas várias dependências do hospital” (1977, p. 155).

Naquele período também ocorreram outras mudanças que favoreceram as atividades da Santa Casa, e conseqüentemente dos que ali se encontravam como pacientes. Alguns decretos e leis foram promulgados, com vistas à melhoria no atendimento e assistência à saúde. Dentre estes, pode ser citada a lei nº 5, de 12 dezembro, por meio da qual, angariou-se “o domínio útil do Sítio Cruz do Peixe, inclusive os prédios nele existentes” (*idem*). Este foi um ganho muito significativo para a assistência à saúde mental, pois a partir daquele momento, a Santa Casa passou a gerenciar o funcionamento de uma enfermaria com atendimento exclusivo aos loucos, e o Estado destinou recursos financeiros à sua manutenção, proporcionando maiores e mais confortáveis serviços aos enfermos da ala psiquiátrica.

Esses acontecimentos contextualizaram a gênese do Asilo da Cruz do Peixe, fundado em 1889 e que pode ser considerado como a primeira experiência da Política de Assistência Psiquiátrica na Paraíba, em termos de sistematização e reconhecimento legal do Estado, enquanto política pública. A partir dessa ação, começou-se a perceber uma mudança na figura da assistência psiquiátrica, pois estes usuários da política começaram a ser atendidos num prédio isolado, o que pela primeira vez na realidade local, denotava uma atenção específica. Porém, se por um lado pontuamos esta instituição como sinal de avanço no cenário paraibano, por outro devemos admitir a precariedade em sua estrutura física.

Pois segundo Filho (1977), o edifício constava de um pavilhão ao lado do Hospital Santa Isabel, com mais ou menos uns trinta metros quadrados de área coberta e dispunha de 12 celas escuras e sem ventilação constituía um espaço físico que não contribuía para um atendimento adequado àqueles pacientes. As portas destas celas possuíam uma abertura retangular em forma de cruz, e alertava para o suposto perigo do excitado. Estes se manifestavam unicamente através de gritos desordenados que ecoavam além dos altos muros que o separava do mundo exterior.

Além das condições físicas, em pouco tempo outros aspectos contribuíram para a insatisfação na atenção aos doentes mentais daquela época. Novas

dificuldades surgiram, e a escassez de recursos da parte do Estado afetou diretamente o repasse de verbas para a Santa Casa, de modo que a instituição passou a restringir sensivelmente os gastos, inclusive no que se referia ao Asilo da Cruz do Peixe. Assim, as atividades no asilo passaram a caracterizá-lo como um depósito de humanos, onde apenas eram recolhidos alguns infelizes considerados como desprovidos da razão. A estes não se davam nenhuma garantia no que concerne ao direito de atendimento digno.

Portanto, neste período as condições de vida para os doentes eram deprimentes. Completamente apartados da sociedade, a pouca comunicação com o enfermeiro ou pessoas da família se dava unicamente através das grades. A medicação e o suprimento das refeições também aconteciam através das celas. Inclusive, é importante assinalar que a terapêutica medicamentosa administrada não diferia do contexto nacional. Resumia-se a aplicação de calmantes, com objetivo de apenas promover a exclusão do doente mental.

A presença médica, não se fazia com freqüência e não eram demoradas com atendimentos específicos. Além disso, alguns doentes só eram vistos a uma distância considerável. Dessa forma, a assistência psiquiátrica até 1928 constituiu um cenário não apenas de abandono, mas, principalmente desolador e o mais vergonhoso da história da medicina na Paraíba, o que abarca o atendimento psiquiátrico (FILHO, 1977).

Assim nenhum progresso foi de fato anexado à realidade paraibana com a criação do Asilo de Cruz do Peixe. Mesmo o clamor popular e o de uns poucos médicos, não conseguiram melhorar a situação dos alienados. Os investimentos em termos de recursos pecuniários que chegavam a Santa Casa eram direcionados na melhoria dos hospitais para outras especialidades médicas, deixando a Cruz do Peixe no abandono. A razão desta atitude era justificada, com a explicativa de que a loucura não era curável e que, portanto, não merecia o sacrifício de investimentos ou despesas da parte dos parentes ou do Estado.

Apesar desta situação, que fortalecia a exclusão social do doente mental, ter prevalecido por um período considerável de tempo, em 1928 e no governo de Solon de Lucena, ocorreu uma mudança que representou um passo adiante para a Política de Assistência Psiquiátrica na Paraíba. Neste ano o governo se convenceu de que a assistência à saúde mental não poderia continuar sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia. De uma verba que deveria ser aplicada no combate às

endemias e que fora destinada pelo Presidente Epitácio Pessoa, sobrara uma quantia e se fazia necessário a alocação da mesma.

Por isso, foi aplicado um recurso na compra de um amplo terreno existente na Estrada dos Macacos, atualmente Avenida Pedro II, e ali se iniciou a construção dos edifícios que em seu conjunto passaram a constituir “o Hospital Colônia “Juliano Moreira”, sob a direção e responsabilidade da Comissão de Profilaxia Rural (Filho, 1977, p. 160). Esta unidade de atenção e assistência psiquiátrica foi inaugurada em 23 de junho de 1928, na administração de João Suassuna.

Figura nº13- Apresentação atualizada da unidade do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira no Estado da Paraíba



Fonte:<[http://: www. onorte.com.br](http://www.onorte.com.br)> Acesso em: 15/11/2010

A construção desta instituição caracterizou o cenário das primeiras medidas rumo às inovações da Política de Saúde Mental no Estado. Como Diretor e alienista, forma nomeados respectivamente, os Drs. Newton Lacerda e Mário Neves Coutinho. Pra administrador o senhor Manoel Ferreira de Melo Milanez. Essa unidade de saúde mental teve como primeiro farmacêutico, Antônio Mota da Silveira.

Em sua rica análise e com relação a estes servidores públicos, Filho nos dá uma idéia de sua remuneração. Era a seguinte a remuneração mensal dos funcionários do Hospital Colônia Juliano Moreira, como é evidenciado no quadro que segue:

Quadro nº 06 - Remuneração mensal dos funcionários do Hospital Colônia Juliano Moreira

FUNÇÃO	REMUNERAÇÃO (<i>mil reis</i>)
Diretor	800
Alienista	600
Farmacêutico	250
Microscopista	250
Escriturário-Contador	300
Datilógrafo	250
Administrador	300
Porteiro	150

Fonte: FILHO, 1977, p.160

Com este novo espaço de atendimento, os usuários no asilo da Cruz do Peixe foram transferidos de imediato. Foram também direcionados para lá, 10 insanos que se encontravam recolhidos na cadeia pública da capital, embora não houvesse uma estrutura adequada, no que diz respeito ao acolhimento destes, levando-se em conta as necessidades que existiam.

Para a construção dos edifícios que formam a Colônia Juliano Moreira, contratou-se os serviços do engenheiro Mateus de Oliveira, pela quantia de 49 contos e 83 mil réis. Entre as suas responsabilidades, estava a edificação do muro de proteção, o acabamento de várias dependências externas e internas, revestimentos internos, assentamento de mosaicos dos pisos, colocação de grades e vidraças, além da construção de 8 quartos, uma casa para usina elétrica, instalação da água e a pintura a óleo. Anexadas a estas despesas, o Estado efetuou os seguintes investimentos, "sem considerar outras despesas com móveis e utensílios" (FILHO, 1977, p. 161).

Quadro nº 07 – Investimentos do Estado na implantação do Hospital Colônia Juliano Moreira

INVESTIMENTO	
Gastos com diversas modificações	4 contos, 253 mil 600 réis
Repartição de obras públicas (diversos fornecimentos)	22 contos, 412 mil, 800 réis
Material de iluminação e ajardinamento	11 contos, 479 mil, 800 réis
Despesas de conservação	9 contos, 610 mil, 50 réis
Assentamento de instalações elétricas (segundo pavilhão)	2 contos, 641 mil, 50 réis

Fonte: FILHO, 1977, p.161

A construção deste complexo psiquiátrico deu início a uma nova fase na assistência aos doentes mentais da Paraíba. Até aquela época, este hospital representava o modelo nas atividades voltadas aos doentes mentais. O complexo era dividido em duas seções, masculina e feminina, cada uma delas subdividida em três enfermarias. Havia também seis quartos para onde seriam levados os possíveis usuários agitados e que não tivessem recebido o necessário tratamento. Estava incluso nas instalações, também, o refeitório e duas salas de hidroterapia.

Nesta época, o cenário paraibano começa a dar os primeiros passos rumo aos avanços da Política de Saúde Mental. Tendo em vista que com a implantação do hospital psiquiátrico, iniciou-se a tentativa em desenvolver atividades, tendo-se como pressuposto a visão do então Diretor, o Professor Newton Lacerda. Este defendia a prática da higiene mental e da ocupação terapêutica, enquanto formas de eficazes de prevenção e tratamento da doença mental. Além da distinção no atendimento para doentes com patologia mental aguda, e outro para pacientes crônicos.

Com o passar dos anos, outras melhorias foram alcançadas para atender a demanda da saúde mental. Novos pavilhões foram construídos e introduzidos no Hospital Colônia. Como a inauguração em agosto de 1943, do manicômio Judiciário que possuía dois pavimentos e o sanatório Clifford. No que se refere à administração desta unidade de atenção psiquiátrica, Filho traça uma especificação no quadro destes gestores, conforme citação a baixo.

No governo João Pessoa, foi o “Juliano Moreira” dirigido pelo dr. Antonio D’Ávila Lins, auxiliado pelos drs. Carlos Pires Ferreira e Manoel Florentino da Silva. Em seguida, passaram pela direção do hospital: drs. Onildo Leal, Luciano Ribeiro de Moraes(1938-1959), em cuja administração foi inaugurado, além do Manicômio, o sanatório Clifford , destinado aos pensionistas: Gutemberg Botelho, que tendo assumido em 19569, após um ligeiro período de 10 de janeiro a 21 de fevereiro de 1961, reassumiu o cargo, nele permanecendo até 1964: Wilmar Barreto Diniz, Lauro Nóbrega de Queiroz e Onildo da Silva Melo(...) Nesse período, passaram pela Colônia, além dos acima citados, os psiquiatras Onildo Leal, Gonçalves Fernandes, Severino Patrício, Odívio Duarte, Heronides Cêlho Filho, Thiago Formiga, Rodrigo Ulisses, Claudete Dantas, Claudio Dantas e outros” (1977, p. 164).

Em seus primeiros 50 anos de existência, o Juliano Moreira enfrentou períodos de avanços e também recuos. Mas, se deve destacar a sua relevância na Política de Saúde Mental como referência em nível local, no atendimento a indivíduos que antes nem mesmo eram percebidos como dignos de atenção específica, de uma política social.

É importante destacar que na parte terapêutica, a Paraíba referendou ao que parece, a primeira experiência no Norte do Brasil, no uso da meloterapia de um modo sistemático. Percebeu-se que o uso da música com finalidade terapêutica, como também a terapia ocupacional aliados aos métodos biológicos de tratamento, poderiam resultar em melhores experiências com o doente mental.

Esta forma de atenção às pessoas com transtorno mental durou dois anos, de 1954 a 1956 e demonstrou que os sons e o canto, além de quebrar a rotina dura e melancólica dos dias no interior de um hospital, ajudariam também o doente mental a adaptar-se a realidade, o que favoreceria o processo inserção social. Este serviço foi inicialmente mantido pelo Serviço Nacional de Saúde Mental – SNSM (mais tarde substituído pela DINSAN). Mas, seu caráter de atendimento ampliado, foi descontinuado e passou a funcionar apenas numa das dependências do hospital. Um ambulatório que atendia pequenos psicopatas não contribuintes.

Em adição às atividades desenvolvidas no Hospital Colônia Juliano Moreira, o Hospital Newton Lacerda sustentou durante alguns anos uma enfermaria destinada a pensionistas e não contribuintes. Também, compunha estas ações de assistência a saúde mental, os seguintes hospitais psiquiátricos particulares: Santa Amália, Casa de Saúde São Pedro, Clínica Dr. Coelho Filho (1967-1970) Limitada e o Instituto de Psiquiatria da Paraíba. (FILHO, 1977)

Um aspecto relevante deste processo, que se deve atentar, é o fato de que influências positivas para as ações da Política de Saúde Mental passaram a existir na figura de alguns profissionais atuantes da área. Por exemplo, em 1983 o hospital era gerido pelo Dr. Gustavo Oliveira. Este recebia a assessoria de uma equipe de “jovens psiquiatras- drs. Alisson Pereira da Paz, Napoleão G. de Albuquerque, Maria Saneide de Paiva Pinheiro, Sara Travassos, Agamenon Campos Thiago Formiga, Eliane P. Albuquerque, Marcos Vanderley e Luciano Moraes”(FILHO, 1977, p. 164). Todos estes foram alunos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e certamente tiveram uma atuação que impulsionou e contribuiu para futuras ações reivindicatórias dos serviços que passaram a ser ofertados pelo Hospital.

Um exemplo dessa realidade é o registro da denúncia promovida por membros do setor de recursos humanos do Hospital Colônia Juliano Moreira e outros, no ano de 1987. Como equipe organizada, um grupo de funcionários composto por representantes da Associação Paraibana de Psicólogos, Administrador de Empresas e Hospitalar, Assistente Social, Chefe do Setor de Nutrição da Colônia Juliano Moreira, Representantes dos Plantonistas e representantes do Setor de Psicologia da Colônia Juliano Moreira elaboraram um documento que atestava as condições de completo abandono da instituição naquele período, levando em consideração os limites, a falta de estrutura, atendimento precário, e todas as circunstâncias que inviabilizavam o alcance do propósito da assistência a saúde mental no interior da unidade.

Através do documento, aquele grupo buscava alertar, sobretudo, as autoridades competentes e dar suporte para as providências cabíveis, no sentido de que o doente mental recebesse uma atenção mais humanizada e dentro dos parâmetros estabelecidos pela Luta antimanicomial. Que tinha por objetivo fazer com que o doente mental fosse percebido enquanto pessoa humana. A Comissão de Diagnostico sugeria neste documento que se pusesse um fim ao estigma discriminatório que envolvia o doente mental. Pois independentemente de sua condição social, estava numa situação que exigia do Estado à efetivação no atendimento gratuito, de maneira digna e humana. A caracterização da Política de Assistência a Saúde Mental em nível do Estado, bem como as intenções reivindicatórias desta comissão, podem ser comprovadas com a seguinte afirmativa,

o doente mental é visto como ser amorfo, sem vontade ou desejos, despersonalizado dentro da sociedade e da instituição, não recebendo da parte considerada sadia, informações básicas como dia, hora, onde se encontra e por quê. Não há ouvido para ouvi-los, sua individualidade não é respeitada. A instituição está doente e esta doença, misto de medo e revolta, atinge a todos (RELATÓRIO, 1987, p. 133).

As denúncias partiram inicialmente dos médicos plantonistas que mobilizaram o Sindicato dos Médicos da Paraíba, na pessoa do então Presidente, o Dr^o Renô Macaúbas. Segundo este Relatório, após a realização de uma Assembléia, foi firmado a existência de uma Comissão para diagnosticar a unidade Juliano Moreira e apresentar soluções, para que se efetivassem as melhorias urgentes que as condições do hospital exigiam. Pois a psiquiatria que ali estava sendo desenvolvida não era democrática, terapêutica e muito menos humana (1987, p. 10).

Após investigação minuciosa, fora detectado que havia muitos entraves que atravessavam e, conseqüentemente, dificultavam a sistematização e concretização dos preceitos da Reforma Psiquiátrica no interior da instituição. O que significa, em outras palavras, que a dinâmica não favorecia aos usuários que ali chegavam o retorno no convívio social. Entre estes elementos que constituíam um cenário desafiador, estava à burocracia nas decisões da Diretoria, a desorganização no que referia às compras de recursos materiais, as condições de insalubridade.

Em relação aos colchões e lençóis, são ainda em número insuficiente, dificultando a troca, principalmente, devido ao precário serviço de lavanderia, atingindo com isto as roupas de uso pessoal dos pacientes. Há vazamento na maioria das instalações hidráulicas. Não é corriqueiro o uso de sabão e pasta de dentes para os internos. Não se usa toalhas. Não há água fria e filtrada dentro do pavilhão para beber (RELATÓRIO, 1987, p. 30).

As reivindicações pontuavam também a precariedade no quadro de funcionários, frente à demanda. O que acarretava numa sobrecarga de trabalho, e incorria na insatisfação dos que estavam envolvidos com a assistência ao doente mental. Referindo-se a realidade de um compartimento interno, o documento supracitado comenta que, “o pavilhão é assistido por apenas uma médica psiquiátrica, solicitando esta, melhores condições para o trabalho, como, maior número de psiquiatras” (RELATÓRIO, 1987, p. 31).

É digno de nota que este Relatório aponta para uma questão que se fez presente em todo o processo de desospitalização no contexto da assistência psiquiátrica. É o fato de que há certa dificuldade para os profissionais envolvidos com a mesma, em identificar e caracterizar o papel que cada um representa dentro do processo de implantação da Política de Saúde Mental, especialmente quando esta defende a inserção social do doente mental.

Mas, de forma geral o relatório aponta a consonância de todos os envolvidos com o trabalho da instituição, no que se refere a reivindicações que visavam à oferta de serviços com aspectos de humanização da vida ou sobrevida de todos os que se encontravam na estrutura hospitalar.

Com resultante desta ação, foi nomeada ainda no ano de 1987, mais precisamente no mês de Maio, uma Comissão de Sindicância pelo senhor Secretário de Saúde, o Dr^o. Gilvan Navarro com o intuito de esclarecer os desvios de vários materiais e equipamentos, relacionados e necessários ao funcionamento do Hospital. Como sugestão ao então Governador do Estado, Dr^o Tarcísio de Miranda Burity, a equipe organizadora deste Relatório indicou a possibilidade de que se consultasse caso necessário fosse, a Auditoria do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, para que de forma imparcial, isenta de protecionismo político e de paternalismo, chegasse a atingir o objetivo almejado.

Para além desta medida, a Comissão responsável pela elaboração desse Relatório Diagnóstico, considerou como imprescindível que as transformações se iniciassem no âmbito interno da instituição. Destacou que já naquele período, o dia 15 de maio fora instituído como o Dia Nacional da Infecção Hospitalar, conforme Decreto assinado pelo Sr. Presidente da República, Dr^o José Sarney e o Ministro da Saúde, Dr^o Roberto Santos. O objetivo seria enfatizar a importância de atos, que embora considerado simples, seriam de suma importância para o controle de infecções generalizadas nos espaços hospitalares. Ou seja, o simples ato de lavar as mãos poderia ajudar na redução do quadro de infecções.

No entanto, o lavar as mãos que se fazia presente no Hospital psiquiátrico Juliano Moreira, era o da negligência por parte das autoridades competentes diante das necessidades internas, que se agravavam cada vez mais. E que até então, estava mascarada pela boa aparência resultante de reformas externas, que apenas fortalecia o cenário de desconhecimento do total abandono que predominava no interior da unidade psiquiátrica.

Entretanto, no interior do contexto paraibano, é possível a identificarmos de algumas medidas em torno da assistência psiquiátrica. Dentre as iniciativas governamentais, esteve o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM). O mesmo representou a primeira ação da gestão federal para atuar na prevenção em saúde mental. Este programa priorizava “o treinamento de médicos generalistas que desde então, integrariam as ações de saúde mental, no conjunto de suas ações gerais de saúde”. Com o paradigma da descentralização, o PISAM propiciou a ampliação dos serviços primários em saúde mental em dezoito municípios do Estado (CAVALCANTI, 1997, p. 1).

Entretanto o PISAM tinha como critério de inclusão, a contingência da população. Fatores mais relevantes, como a “situação dos equipamentos de saúde, preparo profissional, quadro epidemiológico amplo”, foram desconsiderados. “Por isso, não era possível explicitar uma transparência real, do quadro de resultados nos serviços ofertados” (CAVALCANTI, 1997, p. 2).

Por fim, esses fatores acabaram contribuindo para o fracasso do PISAM, que em 1987 foi substituído pelo Programa de Descentralização da Assistência Psiquiátrica, embasado no foco da descentralização/municipalização. A partir de então, a idéia de descentralizar as ações de saúde mental, representaria a quebra processual com a cultura asilar, ou seja, com o modelo hospitalocêntrico.

Assim, a partir deste período a política de assistência psiquiátrica na Paraíba começa a dar seus primeiros passos, rumo à superação da atenção tradicional que era direcionado ao doente mental. E assim como se dava na maior parte do país naquele momento, o processo de reforma psiquiátrica no Estado, transcendeu a busca de soluções apenas técnicas. Para, além disso, as propostas buscavam transformar aspectos técnicos, políticos e sociais sobre a loucura e suas instituições. O avanço nesse sentido teve como embasamento, a desinstitucionalização da doença e do doente mental.

Um exemplo deste processo é o que se deu em João Pessoa, especialmente na década de 1990, em resultado do Movimento de Luta Antimanicomial. Este movimento reclama uma reforma psiquiátrica com visibilidade das mudanças transformadoras da assistência psiquiátrica nos seus serviços públicos. Para tanto, se fazia necessário iniciar o processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, pelos mecanismos substitutivos de atenção a saúde mental.

Foi nesta Capital também, que se fundou o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – do Estado, em 1995. Até aquele momento, o enfrentamento da problemática contava apenas com a assistência tradicional de internamento em clínicas conveniadas, como o Hospital Colônia Juliano Moreira e algumas outras. Nos anos que se seguiram, a implantação desses serviços expandiu-se de forma considerável, e várias cidades foram contempladas, principalmente nos anos de 1990.

Ainda em resposta a essa demanda, a Secretaria de Saúde do Estado promoveu a reorganização administrativa dos serviços substitutivos e reuniu algumas instituições psiquiátricas públicas constituindo o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira – CPMJ - no espaço murado da antiga Colônia, sob uma única direção. No mesmo espaço, fundou mais dois novos serviços: o Hospital-Dia - HD, inaugurado, em 1998, e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - Dr. Gutemberg Botelho, inaugurado em abril de 2001.

Estes novos espaços institucionais passaram a ser defendidos por diversas categorias profissionais que estavam engajadas no âmbito do governo nacional. O Ministério da Saúde começou a lançar propostas de implantação desta nova Política de Assistência a Saúde Mental, com ênfase nos serviços substitutivos do hospital psiquiátrico tradicional. De um modo que estes equipamentos de atenção psiquiátrica, operacionalizassem a promoção da pessoa com adoecimento mental como também promovessem a sua inserção social. “[...] são novos instrumentos da atual política para promover a reforma psiquiátrica, que pressupõe um novo modo de organizar e processar o trabalho para produzir saúde mental” (SILVA; BARROS, 2005, p. 312).

Este cenário nacional incidiu diretamente no contexto do Estado, tendo em vista que as ações desenvolvidas em nível local passaram a contar com o aparato legal. Além da Lei nº 10.216, as ações de assistência a saúde mental começaram a ser embasadas em Decretos e Projetos de Lei, elaborados por atores locais e que estavam engajados direta ou indiretamente, com os ideais da luta antimanicomial.

Estes mecanismos atribuíram à realidade da assistência psiquiátrica uma dinâmica singular, considerando que o cenário da Política de Saúde Mental passou a ser estruturado com vistas ao melhor atendimento não só ao doente mental, mais também aos seus cuidadores tendo por objetivo alcançar à inserção social dos usuários.

O Projeto de lei nº 215/2003 é um desses mecanismos de inovação e que está presente na história da Política de Assistência Psiquiátrica. Teve como autor o então Deputado Estadual, Ricardo Coutinho e dispunha sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica no Estado. Sobre este Projeto-Lei, é possível afirmarmos que o mesmo

[...] determina a implementação de uma Rede de atenção integral no campo da saúde mental que vise à progressiva substituição do Modelo Hospitalocêntrico pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao sistema de proteção, determina regras de saúde aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, e dá providências (PROJETO-LEI, 2003, p. 1).

Além disso, em consonância com o Plano Nacional de Saúde, preconizados através do SUS, o Governador Cássio Cunha Lima sancionou a LEI nº 7.369 de 23/06/2004. Firmando, dessa forma, o compromisso ético-político enquanto instância governamental de implantar de forma concreta a Reforma Psiquiátrica na Paraíba. Esse compromisso é visto, na explicitação do *Capítulo I, Artigo 6º* quando trata da atenção à saúde mental. Este determina que para que se efetive a operacionalização da Reforma Psiquiátrica, na forma da Lei federal deve ser levado em conta às competências de cada Estado e Município, respeitando e atendendo as peculiaridades regionais e locais, bem como o caráter articulado e integrado do SUS.

A Lei nº 7.369 de 23/06/2004, primou ainda pelo doente mental quando delimitou as possibilidades de enfrentamento da problemática, sem o uso da privação de liberdade. Visto como sujeito de direitos ficou permanentemente proibido a utilização de celas fortes, camisas-de-força e qualquer outro tipo de procedimento violento e desumano em qualquer estabelecimento de atenção à saúde mental. Esse era um hábito caracterizador do sistema tradicional da política de saúde mental, e que deveria ser superada. Pois compunha um quadro de desrespeito e desumanidade, frente ao doente mental.

A pessoa com adoecimento mental passou a ser percebido também em seu contexto sócio familiar, e quando este por alguma razão perdia esses laços afetivos, reclamava-se atenção assistencial do Poder Público em providenciar a aos subsídios ao atendimento integral de suas necessidades, visando por meio de políticas intersetoriais, a sua integração social.

É a partir deste momento, que se observa no cenário paraibano, a ênfase na promoção de Conferências estaduais, enquanto mecanismo de fortalecimento, de análise e projeções da Política de Saúde Mental no Estado, segundo determinações e condições estabelecidas pela pactuação dos órgãos gestores da saúde pública no Estado e nos municípios.

No que tange a responsabilização do Estado, frente ao atendimento da assistência à saúde mental, é válido ressaltarmos o Artigo 14, que atribui a Secretaria de Saúde do Estado – SES, da Paraíba a ação de apresentar anualmente ao Conselho Estadual de Saúde, um Relatório de Gestão em atenção à Saúde Mental, contendo:

Tabela nº 02– Atribuições para o Relatório Anual de Gestão em atenção à Saúde Mental

RELATÓRIO DE GESTÃO
I – uma análise da situação de saúde mental (diagnóstico) com os principais indicadores de saúde e condições de vida;
II – organizações dos serviços de saúde mental no âmbito estadual;
III – quantidade de ações, atividades e procedimentos realizados em saúde mental;
IV – recursos humanos existentes e necessários, recursos humanos capacitados em saúde mental;
V – quantidade de recursos financeiros orçados e executados (aplicados) em saúde mental;
VI – avaliação da Reforma Psiquiátrica em andamento no Estado da Paraíba e propostas para superação dos entraves à sua implantação/implementação.

Fonte: Lei nº 7.369 de 23/06/2004

Estes movimentos envoltos na assistência psiquiátrica pública da Paraíba contribuíram de tal forma, que atualmente o Estado assume um dos primeiros lugares nas estatísticas nacionais, quanto à operacionalização dos serviços

substitutivos de assistência a saúde mental. Destacando-se também como o Estado com maior cobertura de CAPS por 100.000 habitantes.

De forma geral, podemos afirmar que o Estado mantém uma Rede bem estruturada de assistência psiquiátrica. A realidade atual está descrita no quadro abaixo, segundo informações contidas em Relatório do próprio Núcleo de Saúde Mental - NSM, da SES.

Quadro nº 06 – Rede atual da Política de Assistência Psiquiátrica na Paraíba

<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CAPS I</i>	<i>CAPS II</i>	<i>CAPS III</i>	<i>CAPS i</i>	<i>CAPS ad</i>	<i>SRT</i>	<i>PVC</i>
Araruna	01						
Alagoa Grande	01						
Aroeiras	01						
Alhandra	01						
Bananeiras	01						
Barra de Santana	01						
Belém	01						
Boqueirão	01					01	03
Bayeux		01					
Caaporã	01						
Cabedelo	01				01		
Conde	01						
Coremas	01						
Conceição	01						
Cajazeiras	01			01	01		
Campina Grande		01	01	02	01	06	63
Esperança	01						
Galante	01						
Guarabira		01					

Inga	01						
Itaporanga	01						
Itabaiana	01						
João Pessoa		02		01	01	01	02
Juazeirinho	01					02	
Lagoa Seca	01						01
Mamanguape	01						
Mari	01						
Monterio	01						
Patos		01		01	01		
Pedras de Fogo	01						
Picuí	01						
Pombal	01						
Pocinhos	01						
Piancó		01		01	01	04	
Princesa Isabel	01						
Queimadas	01						
Santa Rita		01					
Sapé		01					
São Bento	01						
Souza			01	01	01	02	05
Soledade	01						
Solânea	01						
Taperoá	01						
Teixeira	01						
TOTAL	35	09	02	07	07	16	74

Fonte: Núcleo de Saúde Mental- SES/PB, 2010

A Rede de Saúde de Assistência Psiquiátrica, conta também com um número considerável de serviços substitutivos, que ainda estão em processo de implantação. Há aqueles que receberam incentivos, mas, não estão funcionando, como é o caso de Sumé, onde deverá ser existir um CAPS I, e que não está sendo

operacionalizado, devido há algumas pendências em Brasília. Na mesma situação, encontra-se o CAPS I de São José do Rio do Peixe (RELATÓRIO- NSM, 2010).

Além destes, existem os que receberam incentivos e já estão em funcionamento sem cadastramento: João Pessoa, que foi contemplado com mais um CAPS ad, São José da Mata, com um CAPS I, Guarabira que embora enfrente algumas pendências com a SES, terá um CAPS I e Catolé do Rocha com um CAPS I. (*idem*)

Em fase de implantação, encontram-se os municípios de: Igaracy (CAPS I), Santa Luzia (CAPS I), São José de Piranhas (CAPS I), Santa Rita (CAPS ad), Massaranduba (CAPSI), São Sebastião de Lagoa de Roça (CAPS I), Pilar (CAPS I), Princesa Isabel (CAPS i e CAPS ad), Cuité (CAPS I). (*idem*)

Assim, a Paraíba vem se colocando na vanguarda da atenção ao adoecimento mental. Hoje, para uma população de cerca de 3.623.215 habitantes, ela disponibiliza em sua Rede de atenção à Saúde Mental um total de 39 CAPS e 16 SRT, já implantados e credenciados pelo Ministério da Saúde. Estes serviços estão, na medida do possível, alocados estrategicamente por todo o território. Proporcionando, a acessibilidade e a oferta das ações, assim como assegura as conquistas estabelecidas no SUS.

Essas realizações e conquistas no quadro da Política de Assistência Psiquiátrica da Paraíba agrupam uma série de particularidades. Além das questões político partidárias, que atravessaram todo o processo de constituição da Rede de Atenção a Saúde Mental, outro aspecto que se fez presente como entrave a operacionalização destas propostas inovadoras diz respeito à cultura hospitalocêntrica, preconceituosa e excludente no que se refere à pessoa com adoecimento mental.

Esta cultura predominou por longo tempo, inclusive na rotina trabalhista dos profissionais envolvidos com a assistência ao doente mental, e por vezes dificultou o acesso destes aos mecanismos sociais substitutivos ao modelo tradicional. E mais, impedia o estabelecimento de parcerias com unidades que de alguma maneira poderia fortalecer o que já havia sido conquistado.

Entretanto, esta realidade também sofreu alteração no interior do Estado, e configura um dos avanços para assistência ao doente mental. Atualmente as ações abarcam, além do atendimento satisfatório à demanda da pessoa com adoecimento mental, as necessidades das famílias cuidadoras, dos profissionais e da própria

necessidade em articular as ações com experiências advindas de outras realidades e que agregadas à interna, proporcionem resultados eficazes.

De acordo com a coordenadora de Saúde Mental do Estado, Maria do Rosário Magno Cavalcanti, atualmente o Governo da Paraíba, trabalha no sentido de ampliar os serviços existentes, implantar novos e, fundamentalmente, promover formação profissional de caráter permanente e continuada. Para tanto vem firmando parcerias com as universidades, estadual e federal da Paraíba, Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (SECOM, 2007, p. 1).

Esta observação leva a uma reflexão quanto ao que configura na atualidade o cenário da Política de Assistência a Saúde Mental. É perceptível que a posição ocupada pela Paraíba hoje no contexto nacional é resultante de um esforço conjunto de lideranças diversas, sobretudo, representantes da sociedade civil que revelaram um compromisso forte e histórico com a assistência psiquiátrica.

O dia mundial do ano em curso foi um retrato disso. Seu tema “Saúde Mental num mundo em mudança: O impacto da Cultura e da Diversidade” destacou a relevância desses atores em participar na construção histórica de uma Política Pública que atendesse aos anseios de uma categoria que esteve à margem da sociedade, pelo simples fato de que não atende a lógica de um sistema de produção com traços animais, como é o sistema capitalista.

Portanto, é possível considerarmos as mudanças na operacionalização dessa política como avanços, em especial quando se traça o quadro de desafios que estas superaram. Mas de forma geral, as medidas apresentadas pela reforma psiquiátrica e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que em suma apregoa por meio de seus preceitos, a acessibilidade dos serviços de assistência à saúde, a Política de Saúde Mental na Paraíba em sua maioria, continuou à margem das discussões políticas e tendo que enfrentar divergências de interesses dos envolvidos, bem como os ditames da burocracia, que simboliza mais um entrave à concretização dos direitos relacionados ao doente mental.

4 PERCEPÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA REDE DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA PÚBLICA

Neste capítulo, a análise se centra na percepção de dois grupos de trabalhadores em saúde mental. O primeiro grupo formado por atores privilegiados, considerados aqueles profissionais que tem um acúmulo prático relevante no campo da assistência psiquiátrica, por ter, por conseguinte, acompanhado a história das políticas de saúde mental na Paraíba. O segundo grupo composto por trabalhadores dos serviços de saúde mental da rede estadual, que atuam no momento em serviços de média e alta complexidade.

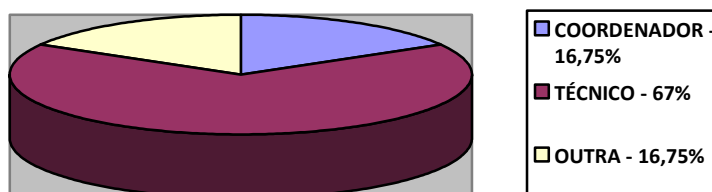
4.1 Dados de Identificação dos Atores Privilegiados

4.1.1 Perfil dos entrevistados

No que diz respeito ao gênero dos entrevistados predominou o feminino, com 100% da participação. Quanto ao grau de instrução apresentado, os participantes revelaram estar munidos de uma boa capacitação profissional, pois 100% destes possuem Pós-Graduação.

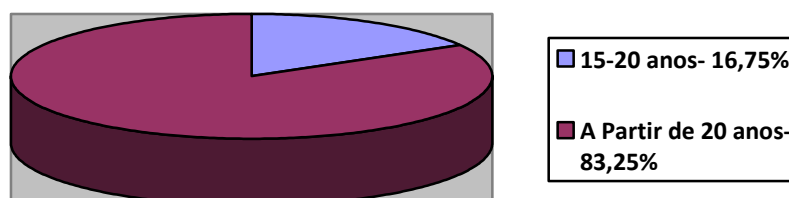
Dentre as variáveis captadas na coleta de dados, está a representação da ocupação exercida atualmente pelos profissionais entrevistados, na qual 16,75% estão enquanto Coordenador; 67% atuam como Técnico e 16,75% em outras ocupações relacionadas à Política de Saúde Mental.

Gráfico nº 07- Representação da ocupação exercida pelos participantes



Quanto ao tempo de experiência, apresentou-se quatro possibilidades, que foram de 1 a 5 anos, 5 a 10, 10 a 15, 15 a 20 e finalmente a partir de 20 anos. Dentre essas, a maioria dos participantes apresentaram mais de 20 anos de experiência, totalizando 67,0%, para 16,75% que tem experiência de 15 a 20 anos, como pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico nº 08-Representatividade do tempo de experiência dos profissionais



Fonte: Primária

4.1.2 Percurso histórico da assistência psiquiátrica na Paraíba na visão dos atores privilegiados

Esse instrumento de coleta de dados priorizou um percentual de participantes com vinte ou mais anos de experiência em lidar com a Política de Saúde Mental. Neste momento, indagou-se dos mesmos o conhecimento relacionado às Instituições que operacionalizavam serviços de assistência à saúde mental na Paraíba, nos anos correspondentes. Obtivemos as seguintes respostas:

Complexo Hospitalar Juliano Moreira; Hospital Pedro I- Campina Grande; Manicômio Judiciário; Clínica Maia; IPP – Instituto de Psiquiatria da PB; Casa de Saúde São Pedro; Hospital João Ribeiro - Campina Grande. (Entrevistado 1)

Residência Hospitalar-Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira; Casa de Saúde São Pedro; Instituto de Psiquiatria da Paraíba; Hospital João Ribeiro - Campina Grande; Residência

Ambulatorial: PAM – Jaguaribe e ações de internação – PISAM. (Entrevistado 2)

‘Não tenho este tempo, e sim 18 anos. Nestes 18 anos o que existia eram os hospitais psiquiátricos e ambulatorios. Então, a SES implanta o CEPRED destinado a assistência a usuários de drogas (MENINOS DE RUA) atualmente CAPS ad’(Entrevistado 3)

Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira; Sanatório Cliford; Hospital S. Pedro; Instituto de Psiquiatria da Paraíba; Clínica Dr^e Maia; Hospital Psiquiátrico Antônio Targino. (Entrevistado 4)

Os depoimentos acima revelam como a assistência psiquiátrica no passado era centrada no modelo hospitalocêntrico, tanto em nível nacional, como em nível local, como bem assinala Goular (apud COSTA):

Jurandir F. Costa (1987) sintetiza bem a situação que qualificamos como tradicional quando se referiu à estrutura assistencial psiquiátrica dos anos oitenta como uma “rede de desumanidade, de ignomínia”, especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Segundo ele, “situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três ‘pês’: pobre, preto e psicótico” (Costa, 1987:48). A rede assistencial a qual Costa se fez referência, neste trecho, passa a ser ofertada, no Brasil, de forma massiva, nos anos sessenta e cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social (Goulart, 1992). Esta rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos (2006, p. 19).

Com relação aos serviços que essas instituições operacionalizavam, os participantes se expressaram da seguinte forma:

Assistência Hospitalar; Assistência Ambulatorial. (Entrevistado 1)

Internações hospitalares e atenção ambulatorial. (Entrevistado 3)

Internações Psiquiátricas; Terapêuticas medicamentosas; Assistência psicológica insuficiente, nutrição, enfermagem e odontológica social. (Entrevistado 5)

Tratava-se, portanto, de uma produção do cuidado bastante limitada calcada no largo uso de fármacos, com pequenas variações do projeto terapêutico, que por vezes contava com serviços de psicologia, nutrição e odontologia, como é possível constatar mais detalhadamente nas falas que seguem:

Internação hospitalar com tratamento medicamentoso, eletroconvulsoterapia; tratamento ambulatorial com consulta médica, acompanhamento medicamentoso, psicológico; acompanhamento da alta. (Entrevistado 1)

Internação com tratamento medicamentoso e eletroconvulsoterapia – ECT; Ambulatorial – consulta médica com acompanhamento medicamentoso, psicológico e ainda acompanhamento de alta. (Entrevistado 2)

Medicamentos; Oficinas Terapêuticas; Atendimento psicológico/Social. (Entrevistado 4)

Isolamento da família e da sociedade; Contenção no leito; Medicação como forma de contenção; Altas sem encaminhamentos; Poucas Oficinas Terapêuticas. (Entrevistado 5)

Questionados acerca do quadro de Recursos Humanos (RH), e se este era satisfatório à demanda, 100% dos participantes afirmaram categoricamente que não era um quadro apropriado à operacionalização das ações em torno da assistência psiquiátrica.

Esse percentual supra mencionado revela uma situação do passado, mas que ainda persiste, qual seja, a insuficiência de recursos humanos na produção do cuidado em saúde mental. Esse fato se relaciona a alguns fatores específicos, quais sejam: tabu, despreparo no nível de graduação, preconceito e o mais relevante que foi e é justamente a falta de investimentos estatais na área.

No que se refere à formação acadêmica questionou-se dos participantes quanto à possibilidade de que se esta era suficiente no que tange ao atendimento satisfatório à demanda de assistência psiquiátrica. Neste caso, se colocaram da seguinte forma:

Não. Apenas o médico psiquiatra era especialista. Os demais profissionais aprendiam com a vivência e a prática. (Entrevistado 1)

Não. Pois o que encontrávamos nas instituições em termos de demandas profissionais, de estrutura, de condições de trabalho, nos remetiam ao século passado. Além disso, a formação graduada não privilegiava o campo da saúde mental. (Entrevistado 4)

Não. Pois a grade curricular do curso de S.S. não contemplava temas a cerca de saúde mental. (Entrevistado 5)

Como podemos confirmar nas afirmativas anteriores, a formação acadêmica foi um dos elementos que muito contribuiu para a perpetuação no que se refere ao cuidado exclusivamente hospitalocêntrico e por um longo tempo fora destinado ao doente mental. Esta deficiência na formação estava relacionada às competências que eram demandadas para uma atuação profissional condizente com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, e se mostrava presente em diversos cursos que perpassavam o trabalho em saúde mental. O que é lamentável, pois a universidade tem grande responsabilidade em promover o debate, fortalecer a crítica e estimular a produção de novos conhecimentos.

4.1.3 Percepção sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem levantado várias discussões seja do ponto de vista de sua operacionalização, seja em seu viés político. Questiona-se como o processo de consolidação dos pressupostos da Reforma tem encontrado resistências após 20 anos.

Apesar de já delineada como um movimento que reivindica mudanças na política de saúde, só em 1992 a Reforma Psiquiátrica ganha características mais definidas no campo sócio-político. Isto se faz evidente durante a 2ª Conferência, quando há uma grande representação dos usuários de serviços em saúde mental questionando o saber psiquiátrico e o dispositivo tecnicista frente a uma realidade que só eles conhecem e pedindo o fim do manicômio através da criação de equipamentos e recursos não manicomial, tais como: centro de atenção diária, residências terapêuticas, e cooperativas de trabalho na rede pública de assistência à saúde (FERREIRA, 2001, p. 3).

Nesse sentido, ao tratarem da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os participantes emitiram a seguinte compreensão:

Como uma mudança no modelo assistencial que tem como princípio fundamental no trato com o doente mental a luta por um tratamento mais humanizado. (Entrevistado 1)

Prioriza o atendimento ambulatorial; humaniza o Hospital Psiquiátrico e garante a inserção do usuário na comunidade com participação efetiva da família. (Entrevistado 2)

Inovador, uma vez que vem proporcionar mudança de paradigma da assistência psiquiátrica. De um modelo hospitalocêntrico para uma assistência de base comunitária, solidária, respeitando direitos humanos, oportunizando a criação de espaços de vida. (Entrevistado 3)

Processo de reformulação do modelo de assistência Psiquiátrica, onde há mudança de saberes e práticas. Há um direcionamento da assistência para o território em que vive o usuário; foca não só na assistência, mas, também na cidadania, extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos..(Entrevistado 4)

Tais depoimentos apontam para um conhecimento qualificado do que consistiu e consiste a Reforma, revelando o que a mesma propõe em essência, qual seja, a mudança do modelo assistencial.

Nesse respeito, Alves (2006) apresenta as mudanças que a Reforma possibilitou, considerando que a mesma se encontra em processo. Para tanto basta observar os pressupostos do modelo adotado até os anos 1990 e as perspectivas que se tem atualmente.

Tabela nº 03 – Modelos de Assistência em saúde Mental

Assistência Psiquiátrica – Modelos de Atenção

Período	Pressupostos	Serviço
Até os anos 70	Preventivismo Especialização	Simplificado Hospícios
Anos 70 – 80	Especialização	Hospícios ou AMB
Anos 80 – 90	Setorização Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Especializados Porta de entrada Rede serviços regionais Referência / contra-referência
Anos 90	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único / integral Rede social
Tendência no ano 2000	Inversão modelo Cidade saudável	PSF / PACS Sem serviço Setorização

Fonte: ALVES, 2006

Quando indagados a cerca das contribuições que tal reforma deu a dinâmica específica da Paraíba em termos do atendimento psiquiátrico, as respostas foram às seguintes:

A implantação de novos serviços como os CAPS e a reformulação das práticas dos Hospitais. (Entrevistado 1)

A mudança da postura técnica dos profissionais através do conhecimento de mais experiência; Os cursos, Seminários, Conferências de saúde mental realizado pela SES; Através do Núcleo de Saúde Mental. A implantação de novos serviços: CAPS e Hospital-Dia. (Entrevistado 2)

Garantia de direitos aos usuários; Flexão para parte das equipes nos serviços; Oferta de Serviços Substitutivos à influência Hospitalar. (Entrevistado 3)

Segundo Cavalcanti (1996) no contexto paraibano, após a formalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o campo da saúde mental (num movimento contraditório) passou a enfrentar outro entrave, este também de cariz político. Ao seguir os procedimentos legais de implantação do SUS na Paraíba, os governos dos últimos 15 anos, envolvidos na lentidão burocrática em que tal modelo foi posto, deixaram mais uma vez à margem, a área psiquiátrica. A desresponsabilização é notadamente uma característica percebida neste campo de serviços. A passagem

de responsabilidades entre as esferas de gestão da saúde mental os tem colocado numa situação de quase inércia.

4.2 Visão política acerca da Política de Saúde Mental na Paraíba

Falar acerca da atuação profissional de diversos atores em um determinado espaço institucional se constitui num grande desafio, tendo em vista que a dinâmica da prática profissional abarca uma série de componentes como, a formação acadêmica adquirida, e a própria vivência cultural de cada indivíduo.

Mas, por outro lado, se estes profissionais não estiverem comprometidos com o cenário de transformação das políticas sociais e das práticas no campo da saúde mental, os avanços na efetivação dos direitos até então conquistados serão neutralizados. Este item da análise aqui presente se centra exatamente na percepção que alguns dos atores tem no que se refere às ações da assistência psiquiátrica atualmente.

4.2.1 Percepção dos profissionais sobre o desenvolvimento da Assistência Psiquiátrica no estado paraibano

A entrevista trouxe à atenção dos profissionais para o período de Governo do senhor José Maranhão, que correspondeu aos anos de 1990 a 2002. Tendo em vista que foi nesta época que se concretizou no Estado o primeiro serviço substitutivo, o Hospital Dia, como também o primeiro CAPS ad.

Além destes avanços, pediu-se para que identificassem a Gestão na qual tivessem vivenciado os desafios relacionados à efetivação da assistência psiquiátrica pública no Estado a partir da Reforma Psiquiátrica, bem como o que consideram como pontos positivos desta(s) gestão(ões), houve os seguintes posicionamentos:

*Realização de cursos, seminários e Conferências;
Elaboração/Discussão do Plano Estadual de Saúde Mental;
Implantação de Serviços: CAPS, Hospital-Dia. (Entrevistado 2)*

As Gestões dos últimos 12 anos, principalmente de 2002 para cá período em que os CAPS foram regulamentados através da Portaria 336. O que garantiu recurso federal. (Entrevistado 4)

Na Gestão do Governado José Maranhão, nos anos 90 a 2002. Foi criado o primeiro serviço substitutivo da Paraíba, "Hospital Dia" e o primeiro CAPS ad. (Entrevistado 5)

Ainda neste contexto, os atores indicaram os desafios que perpassaram a dinâmica das ações, na Política de Saúde Mental no Estado.

A mudança no modelo assistencial; Redução de leitos psiquiátricos e investimentos nos CAPS. (Entrevistado 1)

Mudança no modelo assistencial; Humanização dos Hospitais; Redução dos leitos psiquiátricos e implantação e implementação dos CAPS. (Entrevistado 2)

O lugar do Hospital Psiquiátrico na Rede de Assistência; O Hospital Geral como alternativa para a assistência de pessoas com sofrimento psíquico e usuário de álcool e drogas. (Entrevistado 3)

Nas Gestões anteriores, a vinda de recursos federais. (Entrevistado 4)

A falta de conhecimento acerca da nova modalidade e a inexistência da Rede. (Entrevistado 5)

É perceptível, portanto, que a maioria destes profissionais optou por não identificar a Gestão em que perceberam os desafios, no tocante a operacionalização das ações na Política de Assistência psiquiátrica no Estado. E preferiram oportunamente traçar um quadro desses respectivos desafios.

Este fato nos remete a uma realidade que é vivenciada já por muitos anos no contexto paraibano. Visto que este Estado teve em sua formação, os pilares do coronelismo e do paternalismo, os profissionais do serviço público são constantemente pressionados e levados a não reivindicar por melhores condições de trabalho e por um espaço que favoreçam a concretização de seus ideais ético-políticos. Este posicionamento evidencia que as ações no interior da Política de Assistência também não foram poupadas deste elemento.

Para complementar o questionamento anterior, se pediu a esses profissionais que descrevessem o que percebem e identificam como maiores entraves a política de saúde Mental. Assim, fizeram as afirmativas:

Formação cristalizada dos Técnicos; Apoio parcial da Gestão. (Entrevistado 2)

Os Gestores do H. G, justifica não disponibilizar espaço para atenção a demanda e as equipes não estão preparadas... (Entrevistado 3)

Não há em geral vontade política dos gestores municipais (SERVIÇOS MUNICIPALIZADOS) em investir em saúde mental. (Entrevistado 4)

A equipe pouco informada, o estigma e o preconceito por parte de familiares profissionais e da Sociedade. (Entrevistado 5)

Não se pode negar que dentro do escopo das políticas de saúde, a área da assistência psiquiátrica incorpora muitos desafios, independentemente do local onde se efetiva. Como bem prescusa Goular;

Alguns desafios são ainda dignos de destaque e acusam a necessidade de mobilização e esforços sistemáticos na construção da política de saúde mental. O primeiro diz respeito a como afrontar os ainda dominantes interesses do mercado da saúde mental. Outro desafio importante é o do desenvolvimento de estratégias de avaliação qualitativa dos novos serviços territoriais antimanicomiais. Estes dois últimos desafios de monitoramento a acompanhamento de alocação de recursos impõem a discussão sobre quais seriam os mecanismos de participação dos usuários, seus familiares e a comunidade no processo de consolidação da nova política. Outro desafio diz respeito ainda à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais e efetivo desenvolvimento de projetos comunitários capazes de responder à proposta de reabilitação e reintegração daqueles que se tornam usuários dos serviços de saúde mental (2006, p. 15,16).

Quando indagados sobre se a formação acadêmica dos profissionais que trabalharam e/ou trabalham com a questão da saúde mental, contribuía ou não, os participantes se posicionaram por afirmar:

Sim. A mudança nas grades curriculares dos cursos de graduação em saúde, ocorrida em 1999. (Entrevistado 1)

Sim. Conceitos incorporados ao atendimento em Saúde Mental; Reforma Curricular dos cursos de graduação e prática humanizadora. (Entrevistado 2)

Não. Melhorou um pouco, mas, as unidades formadoras ainda estão formando profissionais não habilitados para trabalhar em Serviços substitutivos em saúde mental. Há necessidades de mudanças nas grades curriculares das universidades. (Entrevistado 3)

Não. As instituições formadoras ainda não preparam RH para saúde mental pública. E no caso da psiquiatria, também não preparam para trabalhar com a psicose. (Entrevistado 4)

Sim. A equipe passou a atuar na horizontalidade das ações e o poder médico de certa forma alterado. (Entrevistado 5)

4.2.2 Visão da atual Política de Saúde mental na Paraíba

Neste momento da análise se trouxe à discussão, o Movimento de Luta Antimanicomial, enquanto marco inovador para a trajetória da Política de Saúde Mental no cenário brasileiro, e conseqüentemente no Estado.

A partir desta premissa, a pesquisa questionou destes profissionais a sua percepção quanto aos aspectos inovadores na realidade das condições em nível local, em consonância com os ideais deste Movimento. Como pode ser evidenciado no gráfico, todos os participantes se posicionaram com relação a mudanças no cenário local da Política de Saúde mental. Destes 83,25% afirmaram que percebem inovações na dinâmica da assistência à saúde mental e 16,75% apontaram que outras variantes incidiram sobre a mesma, embora esta porcentagem não tenha discriminado quais foram as variantes.

Tabela nº 04- Retrato dos aspectos inovadores na realidade das condições em nível local, em consonância com os ideais do Movimento de Luta Antimanicomial.

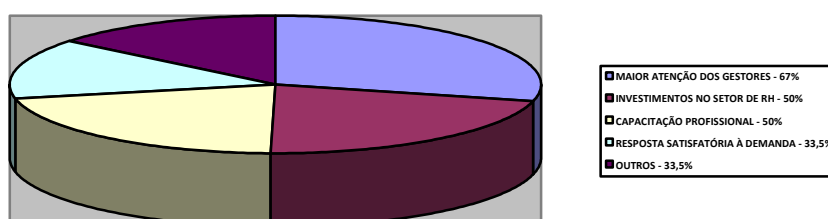
Aspectos inovadores na realidade das condições em nível local	Nº (%)
SIM	83,25%
OUTRAS	16,75%
TOTAL	100%

Fonte: Primária

Ao pontuarem o que consideram como elementos de avanço na trajetória da Política de Saúde Mental, na realidade do Estado estes atores privilegiados assumiram posicionamentos diversos, diante das variantes que lhes foram colocadas como possibilidades.

Dentre as premissas que poderiam assinalar e as respostas coletadas, evidenciou-se que alguns optaram por mais de uma alternativa. O que implica dizer que 67% apontam para a variante Maior atenção dos Gestores; 50% destacaram os Investimentos no Setor de Recursos Humanos; 50% a Capacitação Profissional e 33,5% atentaram para o fato de que as ações estão atendendo de forma satisfatória à demanda. Estas respostas são comprovadas com a exibição do gráfico a seguir:

Gráfico nº 9- Representação gráfica do quadro dos elementos de avanço na trajetória da Política de Saúde Mental na realidade do Estado



Fonte: Primária

Nesta etapa da pesquisa, foi possível vislumbrarmos os elementos de avanço, na trajetória da Política de Saúde Mental, na realidade do Estado, a partir da visão de alguns dos participantes, conforme explicitado abaixo:

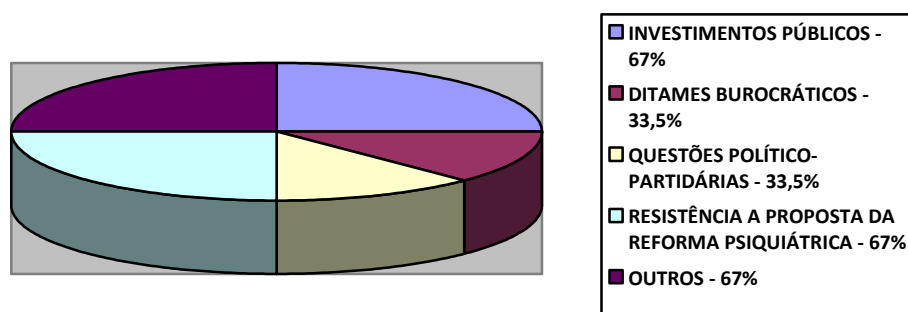
Ampliação da rede, articulação dessa rede com a rede de saúde mais ampla, investimento na capacitação dos trabalhadores. (Entrevistado 4)

Criação de mais serviços de atenção à saúde mental; Uma nova consciência acerca dos transtornos mentais. (Entrevistado 5)

Em complemento a estes posicionamentos, solicitou-se dos participantes que apontassem os desafios que se fizeram presentes neste processo. Novamente, foi

percebido que os entrevistados optaram por mais de uma variável. A partir de suas colocações, foi possível chegar aos seguintes resultados: 67% apontaram a problemática em torno dos investimentos para as ações da assistência psiquiátrica pública; 33,5% destacaram os ditames burocráticos e as questões político-partidárias como entrave à operacionalização da Política de Saúde Mental e 67% das respostas, tratou da contínua resistência a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Gráfico nº 10- Estimativa no quadro de desafios que se fizeram presentes no desenvolvimento da assistência psiquiátrica pública na Paraíba



Fonte: Primária

Dentre a variante outros, que foi apresentada na pesquisa, os participantes apresentaram com as suas respostas, as seguintes possibilidades:

Formação acadêmica. (Entrevistado 1)

Integração dos equipamentos comunitários; Qualificação das Equipes; Sensibilização dos Gestores. (Entrevistado 3)

Investimentos principalmente em capacitação profissional. (Entrevistado 4)

Adesão dos Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos. (Entrevistado 5)

Neste momento fora pontuado como avanço para a assistência psiquiátrica o conjunto de orientações normativas, que regulam e legitimam a efetivação dos direitos individuais e sociais dos usuários dessa Política. Desse conjunto, pode ser citado:

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (DECRETO LEI Nº. 3.298-DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 21 DE DEZEMBRO DE 1999). O capítulo IV, Artigo 7º, trata dos objetivos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Dentre os quais, garante a *integração das ações dos órgãos e das entidades públicos e privados nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, esporte e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social.*

A partir do conhecimento deste Estatuto, indagou-se dos entrevistados, como eles avaliavam o grau de efetivação desse objetivo, nas ações desenvolvidas pelo estado. Neste sentido, 66,95% percebem como bom e 33,5% que as ações envolvidas deste objetivo podem ser consideradas como regulares, assim como fica evidente na tabela abaixo.

Tabela nº 05- Grau de efetivação do Decreto Lei Nº 3.298/99 em nível local

GRAU DE EFETIVAÇÃO DO DECRETO LEI Nº 3.298/99 EM NÍVEL LOCAL	Nº (%)
REGULAR	33,5%
BOM	66,5%
TOTAL	100%

Fonte: Primária

Neste quesito, o Entrevistado 5, fez uma observação que é digno de nota pontuarmos:

É bom lembrar que a pessoa portadora de transtorno mental não é considerada deficiente. (Entrevistado 5)

Esta observação é pertinente, diante do fato de que as ações da Política de Saúde Mental, que estão disponibilizadas nos Serviços de saúde mental, nem sempre ofertam esclarecimentos relacionados a esta questão. Essa realidade se reflete tanto nas ações dos próprios usuários da Política, como também na prática de alguns profissionais. Na pesquisa, isso ficou evidente quando apenas um dos participantes atentou para a diferenciação que deve ser destinada, não apenas a nomenclatura, mas, também nos tratos entre deficientes e doentes mentais.

Outro aparato normativo que impreterivelmente deve ser pontuado é a LEI Nº. 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), que especificamente dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Artigo 3º legaliza como *responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).*

Com relação ao contexto local, foi solicitado desses participantes que indicassem os aspectos que reconhecem enquanto facilitadores à concretização desta proposta. Obtiveram-se as respostas a seguir:

Política de Saúde Mental; Plano de Saúde; Envolvimento dos Técnicos e Gestores; Garantia de acesso aos diversos níveis de atenção com qualidade e compromisso. (Entrevistado 1)

Plano de Saúde Mental; Política Estadual; Técnicos envolvidos com a proposta de mudanças; Supervisão e acompanhamento aos novos serviços; garantir atendimento ambulatorial e hospitalar. (Entrevistado 2)

O número alto de CAPS; As duas urgências em Saúde Mental (C. Grande e J. Pessoa); As Residências Terapêuticas; as muitas ações artísticas e protagonizadas pelos usuários. (Entrevistado 4)

A inserção dos portadores de transtornos mentais na sociedade; A organização dos familiares e usuários através das Associações e Assembléias. (Entrevistado 5)

Ainda no que tange ao nível local, solicitou-se que pontuassem o que consideram como principais entraves a efetivação da mesma. Assim se colocaram:

Pouco investimento na qualificação dos recursos humanos; Pouco comprometimento da Gestão com o processo da Política de Saúde Mental. (Entrevistado 1)

Não investir nos recursos humanos; Gestão não comprometida com o processo de mudança. (Entrevistado 2)

Qualificação das Equipes; Rotatividade das Equipes profissionais; Sensibilidade por parte de alguns Gestores;

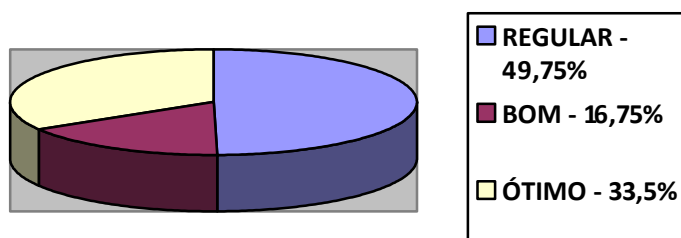
*Desconhecimento da Política por parte da Sociedade;
Preconceito sobre sofrimento psíquico. (Entrevistado 3)*

O baixo investimento dos Gestores em qualificação das Equipes; O estigma social; Poucos serviços Substitutivos que funcionam 24h para atender a crise. (Entrevistado 4)

*A falta de Recursos Substitutivos que atenda a demanda;
Fechamento dos Hospitais Psiquiátricos; Criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. (Entrevistado 5)*

Quando indagados acerca dos resultados obtidos no desempenho com alguns dos equipamentos de enfrentamento da Política de Saúde Mental, os participantes emitiram as seguintes respostas: com relação aos serviços operacionalizados pelos ambulatoriais, 49,75% das respostas é de que estes são regulares; 16,75% consideram como bons e 33,5% percebem que estão ótimos.

Gráfico nº 11- Dados relacionados à operacionalização dos serviços nos ambulatoriais



Fonte: Primária

Este resultado nos revela que embora o cenário local tenha sido contemplado com a implementação de novos mecanismos da Política de Saúde Mental, a operacionalização dos mesmos ainda deixam a desejar, tendo em vista que não tem efetivado de forma satisfatória o programa para o qual foram programados. O que fica explícito com o fato de que a maioria dos participantes assinalou pela opção de

as ações desenvolvidas com alguns dos equipamentos de enfrentamento da Política de Saúde Mental tem sido regulares.

Quanto ao funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 33,5% das respostas é de que estes mecanismos apresentam uma situação regular; e 66,5% acreditam estar bom.

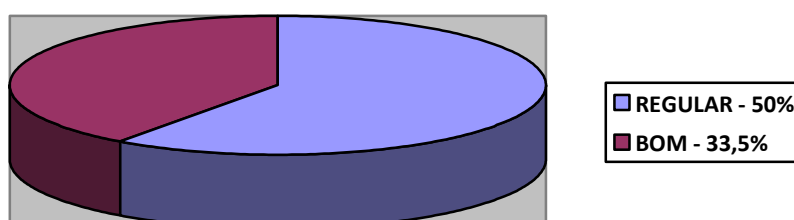
Tabela nº 06- Dados referentes às atividades desenvolvidas pelos CAPS

Dados referentes às atividades desenvolvidas pelos CAPS	Nº (%)
REGULAR	33,5%
BOM	66,5%
TOTAL	100%

Fonte: Primária

Finalmente, as ações desenvolvidas pelas residências terapêuticas em 50% foram percebidas pelos entrevistados como regulares; enquanto 33,5% acreditam que estas são boas. Vale salientar que embora as residências terapêuticas assumam um papel importante na assistência à saúde mental é necessário que se questione seu programa de implantação, sobretudo, em nível local, tendo em vista que estas ainda se apresentam em número que pode ser considerado como insuficiente à demanda.

Gráfico nº 12- Retrato da dinâmica nas Residências Terapêuticas, a partir da visão dos entrevistados



Fonte: Primária

Pedi-se para que identificassem na Rede de Assistência Psiquiátrica, dentre os serviços substitutivos, o com maior índice de efetivação no que diz respeito ao objetivo proposto, e também que justificassem sua resposta.

A atenção ambulatorial, desde atenção primária. Assim como toda atenção em saúde deverá servir como porta de entrada para os usuários com necessidades desta assistência em saúde. (Entrevistado 1)

Garantir o atendimento em Rede de Atenção que contemple o atendimento ambulatorial e hospitalar. (Entrevistado 2)

Centros de Atenção Psicossocial, por oferecer alternativa a internação hospitalar. (Entrevistado 3)

Os CAPS. Porque procuram evitar o internamento e reinserir/inserir o usuário na sociedade. Entretanto, os profissionais necessitam de melhor qualificação; a maioria dos CAPS tem limitação em atender a crise por não funcionar 24h e ter poucos psiquiatras (NÃO TEM TODOS OS DIAS). (Entrevistado 4)

Os Centros de Atenção Psicossocial, que de certa forma atende os portadores de transtornos mentais, evitando o internamento nos Hospitais Psiquiátricos e proporciona uma nova consciência acerca da crise, mediação e participação da família. (Entrevistado 5)

Ao tratar da articulação da atual Gestão Estadual, com as ações da Política de Saúde Mental, em suas respostas 16,75% acreditam que esta é regular; 83,25% pensam ser boa. O posicionamento desses profissionais nos remete a dois elementos que merecem ser lembrados, dentro do processo da análise dos dados coletados com as entrevistas.

O primeiro diz respeito ao fato de que estes profissionais foram entrevistados em época eleitoral, o que naturalmente contribui para que assumam uma posição de favoritismo frente à atual Gestão, tendo em vista que boa parte destes atuam enquanto prestadores de serviço. O segundo elemento refere-se à própria constituição do Estado, que desde a sua gênese pauta-se no desfavorecimento de qualquer posicionamento crítico, principalmente diante de questões que envolvam o cenário da política partidária.

Tabela nº 07- Identificação da articulação entre a Gestão estadual e as ações da Política de Saúde mental

Articulação entre a Gestão estadual e as ações da Política de Saúde mental	Nº (%)
REGULAR	16,75%
BOA	83,25%
TOTAL	100%

Fonte: Primária

Neste sentido, os participantes também identificaram a articulação da atual Gestão Estadual, com as ações da Política de Saúde, e fizeram as seguintes colocações:

É boa. Está promovendo ações que está favorecendo a prestação da Política de Saúde Mental. (Entrevistado 3)

É boa. A Gestão estadual tem a função de fomentar a implementação da Política de Saúde Mental e monitorar os serviços que são todos municipalizados, com exceção dos CAPS e um hospital. (Entrevistado 4)

É regular. Os Gestores estão mais preocupados com as obras que venham impressionar o público com fins eleitoreiros. (Entrevistado 5)

Finalmente, pediu-se que identificassem os avanços que consideram como pertinentes à realidade estadual e que ainda não foram alcançados.

Há serviços implantados nos serviços de atenção ambulatorial e hospitalar. Entretanto, ainda não atingiram plenamente os objetivos da Política ora em vigor. Necessita de mais investimento na humanização da atenção e na formação profissional das atores envolvidos (profissionais, gestão, familiares de usuários do sistema). (Entrevistado 1)

Os serviços implantados e os Hospitais humanizados não atingiram plenamente os objetivos da saúde mental. (Entrevistado 2)

A construção da Rede de Assistência Psiquiátrica no território, integrada a atenção básica e a intersectorialidade. (Entrevistado 3)

Assistência satisfatória fora à crise fora do hospital; Reinserção Social do portador de transtornos mental; Integração da saúde mental na básica; Leitos ou Hospital Geral para desintoxicação química e urgência psiquiátrica. Ampliação e qualificação de CAPS (álcool e outras drogas). (Entrevistado 4)

O número de serviços por território; Qualificação das equipes; Concursos para atuar nos CAPS, P. A.; Residências Terapêuticas, etc. (Entrevistado 5)

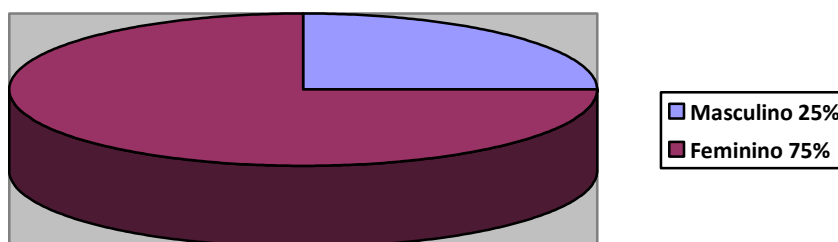
4.3 Dados de Identificação dos Trabalhadores em Saúde Mental

No intuito de complementar os dados anteriormente demonstrados, esta análise buscou a percepção de alguns profissionais que lidam com a Política de Saúde Mental em períodos mais recentes, e que acompanham diariamente e de maneira aproximada, os avanços e entraves que se fazem presentes no contexto interno da mesma, especialmente em nível estadual.

4.3.1 Perfil dos entrevistados

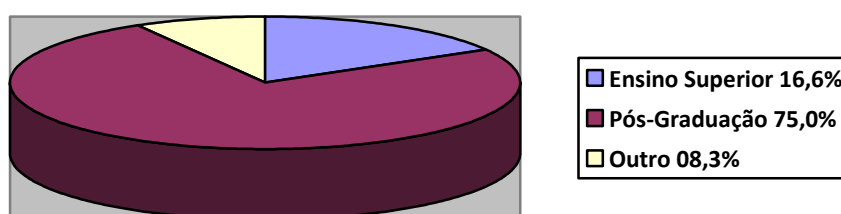
No que diz respeito aos entrevistados, como fica evidente na representação gráfica, a participação majoritária foi do gênero feminino.

Gráfico nº 13- Representação gráfica do gênero dos participantes entrevistados



Quanto ao grau de instrução, os participantes forneceram os seguintes dados: 16,6% possuem Ensino Superior; 75% cursaram Pós-Graduação e 08,3% não definiram sua escolaridade e, portanto, preencheram a opção outro na representação do gráfico abaixo.

Gráfico nº 14- Representação do Grau de instrução dos atores participantes



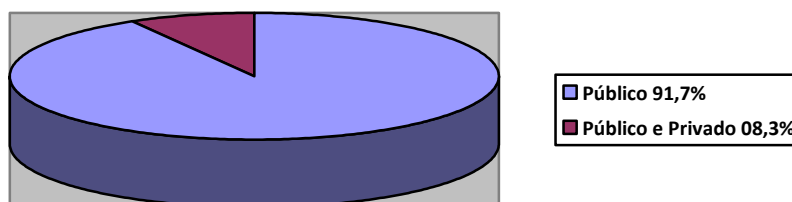
Fonte: Primária

Dessa forma, fica evidente que o corpo profissional destes mecanismos da assistência psiquiátrica pública, tem revelado preocupação no que diz respeito à capacitação, o que incide e favorece diretamente a oferta e prestação dos serviços da Rede.

Neste momento, fora solicitado dos entrevistados que especificassem a sua qualificação, e percebeu-se que a maioria tem especialização em saúde mental e o restante se capacitou em psicopedagogia.

Dentre as variáveis percebidas na coleta de dados, está o âmbito de intervenção no qual estes profissionais atuam. Foram fornecidas as opções do âmbito Público, Privado e Público e Privado. A partir das informações coletadas, foi detectado que 91,7% atuam no setor público, nenhum deles atua apenas no âmbito privado, e 08,3% atuam tanto no setor público quanto no privado, como pode ser observado no gráfico abaixo.

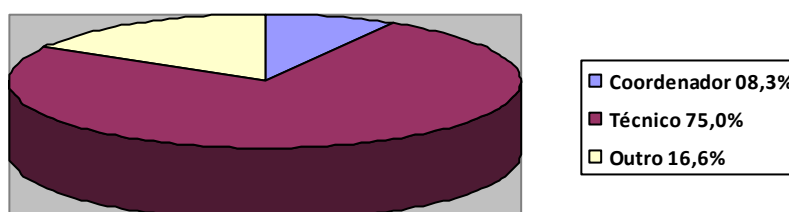
Gráfico nº 15- Representação do âmbito de intervenção profissional dos participantes



Fonte: Primária

Outra informação complementar ao perfil destes participantes está relacionada à ocupação técnica atual. Do total entrevistado 08,3% trabalha como Coordenador da unidade de assistência, 75,0% atua enquanto técnico e 16,6% não esclareceu sua ocupação.

Gráfico nº 16 – Representação da ocupação atual dos profissionais entrevistados



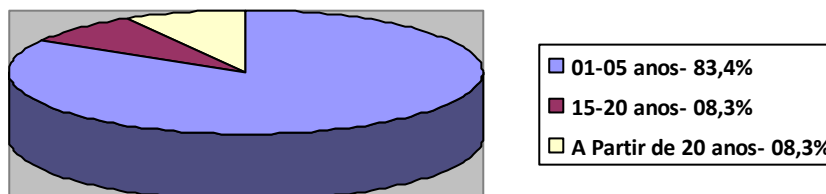
Fonte: Primária

Solicitou-se ainda dos entrevistados que também especificassem a função atual que exercem na instituição. Nessa direção se observou a presença de cinco psicólogos; hum enfermeiro; hum psiquiatra; e hum educador físico.

Quanto ao tempo de experiência, apresentaram-se cinco possibilidades, que foram de 1 a 5, 5 a 10, 10 a 15, 15 a 20 e finalmente a partir de 20 anos. Dentre essas, 83,4% dos participantes apresentaram experiência profissional de 1 a 5 anos, 08,3% de 15 a 20, e 08,3% afirmaram ter mais de 20 anos de experiência em lidar

com as ações da política de saúde mental, como pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico nº 17 – Amostra do tempo de experiência profissional dos entrevistados



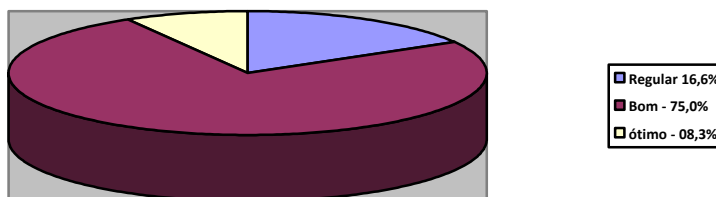
Fonte: Primária

4.3.2 Visão política acerca das ações dentro do contexto da Política de Saúde Mental na Paraíba

A partir deste momento, trouxe-se a atenção dos participantes, os avanços relacionados à assistência psiquiátrica pública que ocorreram a partir da década de 1970, sobretudo, na década de 1980, sob a influência da Reforma Psiquiátrica. Com base nesta afirmativa, estes atores assumiram seus respectivos posicionamentos, diante das questões que passaram a ser postas para eles.

Quando indagados a avaliar o nível de contribuição que a Reforma Psiquiátrica impulsionou à dinâmica do Estado, foram apresentadas quatro opções, ruim, regular bom e ótimo. Dessas, 16,6% dos participantes afirmaram que o impacto foi regular, 75,0% acredita ter sido bom e 08,3% ótimo, dados estes que podem ser comprovados no gráfico abaixo.

Gráfico nº 18- Representação do nível de contribuição da Reforma Psiquiátrica à dinâmica do Estado



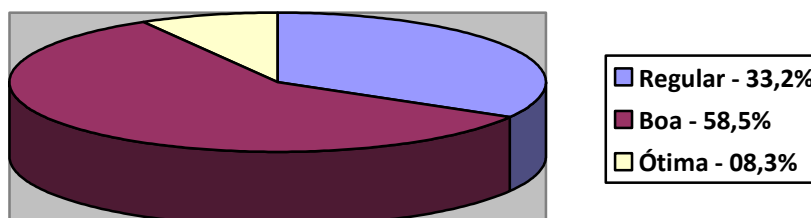
Fonte: Primária

Neste respeito, é imprescindível considerarmos a análise feita por Goulart, quando eficientemente situa os efeitos que a Reforma Psiquiátrica exerceu sobre a dinâmica da assistência psiquiátrica de uma forma geral. Depois de afirmar a década de 1990 como os anos em que se iniciaram as primeiras tentativas para a consolidação dos princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança da época, e também a descentralização proposta através do SUS como um estímulo ao desenvolvimento de ações alternativas e substitutivas ao modelo asilar ou hospitalocêntrico, ela admite que

A ação transformadora, no caso da reforma psiquiátrica vai se constituindo a partir de um conjunto de iniciativas que emergem, a nosso ver, da reflexividade instaurada pelo corpo técnico e gestores que participavam dos programas assistenciais disponibilizados. Mas é importante questionar ainda a origem da criticidade que “abalou” a cultura profissional que orientava o campo psi (psiquiatra e psicólogos). A internacionalização dos movimentos sociais e de protesto, a formação de redes de troca de conhecimento e experiências parece indicar que os vetores de natureza simbólica são fundamentais para o processo de transformação, entendendo, inclusive que eles não estão disponíveis permanentemente e mesmo que estejam não garantem a deflagração de processos de mudança que tenham significado histórico. O processo de mudança, obviamente, se encarna em atores sociais que são e representam minorias. Assim, ele percorre ou corrompe as estruturas institucionais de um modo não necessariamente democrático (GOULART, 2006, p. 10).

Ao descrever o grau de resolutividade dos serviços substitutivos (Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, etc.) da Política de Saúde Mental, em nível estadual, foram apresentadas as possibilidades de esta ser ruim, regular, boa ou ótima. A partir dessas, 33,2% afirmaram que a resolutividade desses serviços é regular, 58,3% que é boa e 08,3% acreditam ser ótima.

Gráfico nº 19 – Descrição gráfica do grau de resolutividade dos serviços substitutivos na assistência psiquiátrica

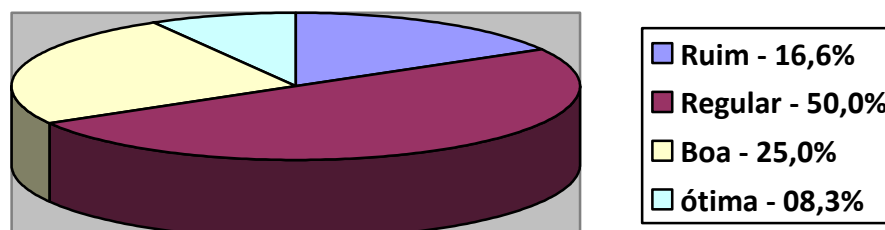


Fonte: Primária

É digno de nota que estas colocações são referenciadas pela atuação profissional desses participantes e que, portanto, devem ser considerados em sua relevância no que tange a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica em nível local. Sem desconsiderar que a maioria considerou que a resolutividade desses serviços é boa, é importante que pensemos na porcentagem que acredita ser regular, e que dessa forma demonstra a necessidade de ajuste na operacionalização desses serviços.

Em relação ao atendimento à demanda da assistência psiquiátrica, também foram apresentados quatro opções a estes participantes, sobre como os mesmos percebem as contribuições da formação acadêmica para os profissionais que atualmente estão lidando com Política de Saúde Mental. Dentre as possibilidades de estas contribuições serem ruins, regulares, boas ou ótimas, 16,6% acreditam que são ruins, 50,0% afirmaram que são regulares, 25,0% pensam ser boas e finalmente 08,3% que são ótimas. Estes posicionamentos podem ser comprovados na representação abaixo:

Gráfico nº 20 – Representação gráfica do atendimento à demanda da assistência psiquiátrica



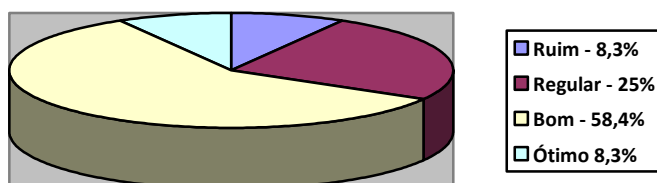
Fonte: Primária

Com o intuito de aprofundar os esclarecimentos relacionados às ações da Política de Saúde Mental, destacou-se neste momento, a relevância do papel desempenhado pelos CAPS no processo de desenvolvimento desta Política de Assistência Psiquiátrica Pública no Estado.

(...) segundo os princípios do SUS, os CAPS foram planejados como agentes de inclusão social, oportunizando ao a reabilitação psicossocial através de diferentes estratégias, tais como o envolvimento das instituições onde ele está inserido, com vistas à melhoria da qualidade de vida e ao resgate da cidadania. Nesse sentido, os CAPS se propõem a oferecer um espaço terapêutico ao usuário onde ele possa construir novos laços e relações sociais - familiares e comunitários, através de múltiplos recursos: atendimento clínico, psicoterapia, grupos terapêuticos, oficinas de terapia ocupacional, atividades em artes e atividades comunitárias, entre outras (CORREIA *apud* PUEL, 2007, p. 85).

Neste sentido, ao se posicionarem com relação ao grau de efetivação dos CAPS, os entrevistados tiveram que optar. A partir das possibilidades apontadas, 08,3% apontaram como ruim. 25,0% consideraram regular, 58,4% acreditam ser bom e 08,3% pensam ser ótimo.

Gráfico nº 21 - Representação do grau de efetivação dos CAPS



Fonte: Primária

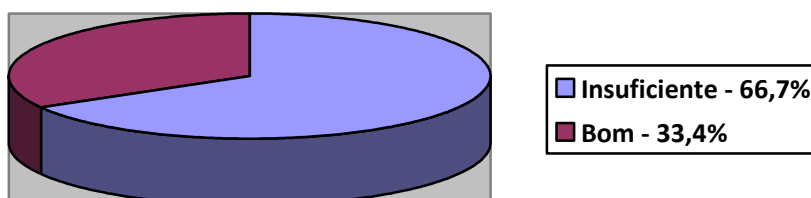
No que se refere ao quadro de Recursos Humanos para enfrentamento da problemática, os participantes emitiram as seguintes opiniões: 66,7% vêem como o quadro como insuficiente, 33,4% acredita ser bom. Isso revela uma questão que atravessa o panorama brasileiro e advém do desinvestimento histórico na área, aliado as concepções preconceituosas, as quais já apontamos em itens anteriores.

Como acrescentam Luzio & Labbate;

(...) o processo de desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial exigem transformações da sociedade para se construir uma história que privilegie a vida, portanto, inserindo-se no campo das lutas sociais. Porém, é possível construir utopias no próprio cotidiano para viabilizar a transição paradigmática exigida pelas diretrizes e propostas da reforma psiquiátrica, que estariam centradas no investimento nos trabalhadores da Saúde Mental, principalmente no que se refere à formação permanente dos profissionais dos serviços e na reformulação da formação profissional. Tais utopias deveriam também estar voltadas para os usuários e a população, para viabilizar sua organização e sua participação nesse processo (2009, p. 115).

As opiniões dos entrevistados podem ser mais bem compreendidas, com a representação do gráfico abaixo. Fica evidente o anseio desses profissionais por aprimoramentos na área de recursos humanos.

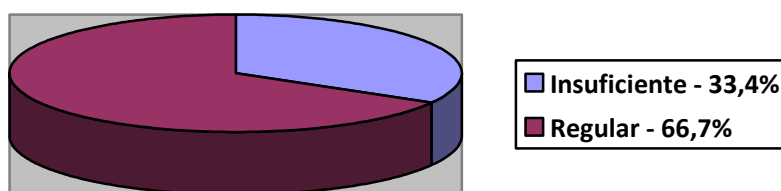
Gráfico nº 22 – Representação do quadro de recursos humanos para o enfrentamento da demanda de assistência psiquiátrica pública



Fonte: Primária

Quando indagados acerca da contribuição que a formação acadêmica tem exercido na atuação e dinâmica das ações em torno da assistência psiquiátrica pública, os atores emitiram as seguintes informações: 33,4% pensam que esta contribuição tem ocorrido de maneira insuficiente. 66,7% percebem como regular.

Gráfico nº 23 – Amostragem gráfica da contribuição no que concerne a formação acadêmica para a dinâmica das ações em torno da assistência psiquiátrica pública



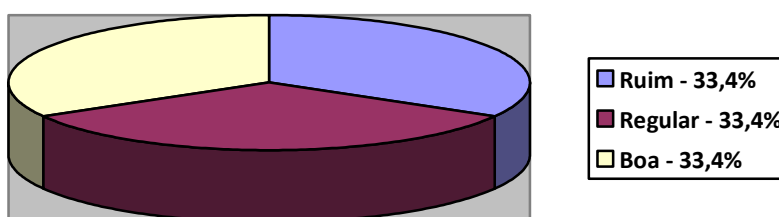
Fonte: Primária

Os entrevistados também foram incentivados a analisar uma das propostas inovadoras da Reforma Psiquiátrica, que é a participação da sociedade na

construção e operacionalização das ações. O que significa perceber em nível local como se configura a relação entre os mecanismos substitutivos da assistência psiquiátrica pública e a comunidade beneficiada pelos mesmos.

A partir da avaliação dos participantes, foi possível alocar as seguintes informações acerca da participação da comunidade em relação às atividades desenvolvidas pelos CAPS: 33,4% percebem como insuficiente. A mesma porcentagem esteve também para os que consideram como regular e boa esta participação.

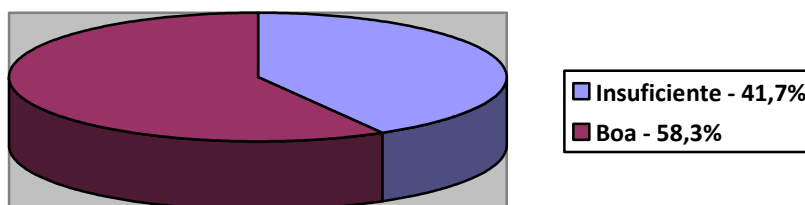
Gráfico nº 24 – Representação da relação entre os mecanismos substitutivos da assistência psiquiátrica pública e a comunidade beneficiada pelos mesmos.



Fonte: Primária

Neste respeito, é digno de nota percebemos a colocação destes profissionais quando indagados acerca das ações de incentivo promovidas pelos CAPS para que ocorra um trabalho com atividades articuladas com a comunidade. Neste momento, 41,7% afirmaram que estas ações revelam ser insuficientes, e 58,3% acreditam que são boas.

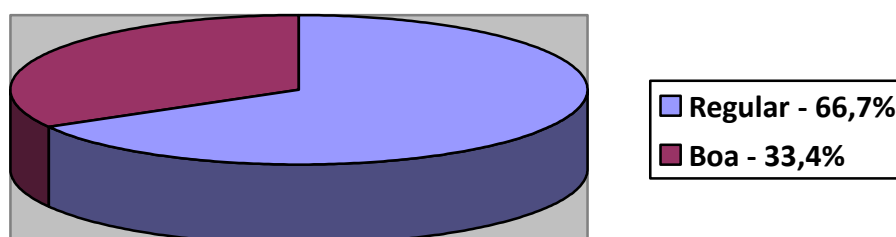
Gráfico nº 25 – Demonstrativo das ações de incentivo promovidas pelos CAPS em articular-se com a comunidade



Fonte: Primária

Os profissionais entrevistados foram questionados acerca da relação da atual Gestão Estadual com a Política de Saúde Mental, e embora não tenham afirmado que esta interação se caracterize como ruim 66,7% admitem como sendo regulares, 33,4% afirmam que é boa.

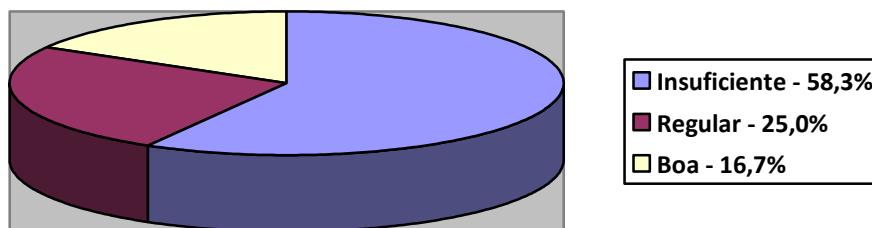
Gráfico nº 26 – Representação da relação da atual Gestão Estadual com a Política de Saúde Mental



Fonte: Primária

Ainda neste processo, os participantes emitiram a sua compreensão no que diz respeito aos recursos financeiros que são destinados à manutenção dos CAPS no Estado. Das opções postas 58,3% acreditam que estes recursos são insuficientes, 25,0% pensam que são regulares 16,7% vê como boas.

Gráfico nº 27 – Representação da compreensão dos participantes no que diz respeito aos recursos financeiros que são destinados à manutenção dos CAPS no Estado

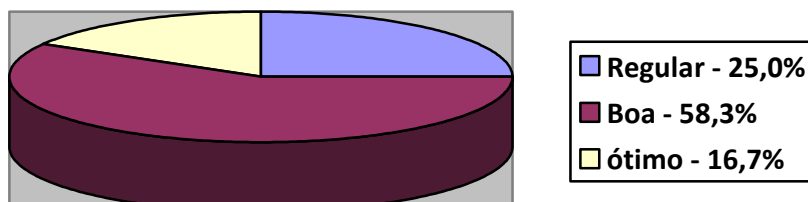


Fonte: Primária

Assim, se deve considerar que por ser uma proposta de serviço substitutivo e um modelo assistencial, o instrumento CAPs, demanda um pesado investimento, já que não se trata apenas da implementação de mais uma modalidade de serviço de saúde mental, mas sim, um recurso terapêutico que visa à transformação da própria estrutura de serviços no contexto da assistência psiquiátrica pública.

Quanto ao impacto das ações que são desenvolvidas pelos CAPS, na dinâmica da Política de Saúde Mental, nenhum dos entrevistados acredita ser ruim, mas, 25,0% vê como regular, 58,3% percebem como boa e 16,7% afirmaram ser ótimo este impacto.

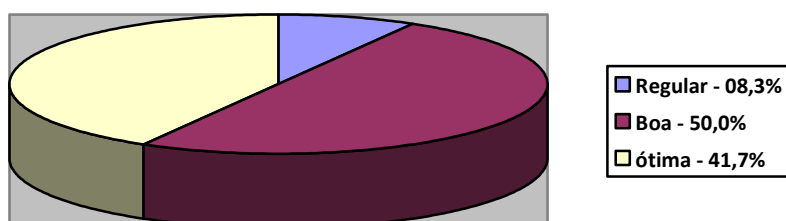
Gráfico nº 28 – Representação do impacto das ações que são desenvolvidas pelos CAPS



Fonte: Primária

Finalmente, fora solicitado dos atores participantes desta pesquisa para que revelassem suas perspectivas com relação às ações desenvolvidas pelos CAPS. Todos eles demonstraram perspectivas positivas, tendo em vista que nenhum deles apresentou perspectivas ruins, 08,3% afirmou que se consideram como regulares em suas perspectivas, 50,0% tem boas perspectivas com relação ao que vêm sendo desenvolvidos pelos CAPS e finalmente, 41,7% consideram como ótimas.

Gráfico nº 29 – Representatividade das perspectivas dos entrevistados com relação às ações desenvolvidas pelos CAPS



Fonte: Primária

Nesta etapa da pesquisa foi solicitado dos participantes que explicitassem de forma clara quais eram exatamente as suas perspectivas em torno das atividades que vivenciavam no interior das unidades de assistência psiquiátrica, sobretudo, dos CAPS. A partir das respostas, chegou-se ao seguinte resultado.

Os CAPS ver o ser humano com sua singularidade, acolhe a família como um todo levando-os a ser respeitado. (Entrevistado 6)

Acredito na resolutividade dos CAPS, mas, precisamos ter avanços para melhorar a qualidade da assistência aos nossos usuários. (Entrevistado 7)

Acredito que os CAPS enquanto estruturas que materializam o Projeto de Reforma Psiquiátrica retiram o cuidado em Saúde Mental de uma perspectiva castradora de sujeito para uma perspectiva de cuidar, mais efetiva. Aposto no potencial dos serviços, mas, essa é uma luta que envolve inúmeros atores. (Entrevistado 9)

É notório, portanto, que para a efetivação das inovações em torno prática assistencial na saúde mental, é necessário que se articulem novas posturas, e que estas ultrapassem as fronteiras do cuidar e vislumbrem novos horizontes no fazer técnico profissional e que reflita a superação da prática tradicional e que em nada contribuem para a inserção social do doente mental.

5 CONCLUSÃO

Este estudo buscou perceber a complexidade em torno das relações que desenharam a configuração a Política de Saúde Mental, tomando em consideração os aspectos que perpassaram a dinâmica de desenvolvimento da mesma no cenário para além do Brasil, mas, sobretudo, em nível nacional. Neste sentido, a sistematização desta análise objetivou resgatar também e com prioridade, os elementos que exerceram forte influência nesta Política, no contexto do Estado da Paraíba.

Para tanto, as afirmativas aqui apresentadas foram pautadas em estudos e pesquisas que representam as análises de inúmeros autores, clássicos e contemporâneos. Estes, mediante seus escritos, revelaram importantes características da assistência psiquiátrica pública que por sua vez, auxiliam na compreensão e sistematização dessa política, de tal forma que é possível apreender a constituição das ações de assistência à saúde mental em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos.

Pretendeu-se revelar que de forma geral o desenvolvimento das políticas sociais brasileiras, o que inclui as expressões da proteção social no âmbito da Política de Saúde e da Saúde Mental, teve a sua trajetória marcadamente influenciada pelas mudanças econômicas e políticas ocorridas no plano internacional e pelos impactos resultantes e reorganizadores dessas mudanças na ordem política de âmbito interno.

Foi exatamente por isto que, diferentemente do desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas avançados, que nasceram livres da dependência econômica e do domínio colonialista, o sistema de Proteção Social Brasileiro sempre refletiu as limitações decorrentes dessas características. E mesmo nos períodos em que as políticas sociais evidenciaram certas medidas exitosas, e que expressavam avanço no campo da proteção social, em sua maioria continuaram sendo caracterizadas pelas amarras da conjuntura externa.

Neste sentido, é possível afirmar que esta realidade impactou fortemente sobre a dinâmica da oferta de serviços socioassistenciais no cenário brasileiro, tendo em vista que estes atendiam prioritariamente aos interesses do sistema de produção capitalista, aos ideais neoliberais, especialmente a partir da década de 1990, e não a

crescente demanda populacional, que aclamavam por melhores condições na Rede de Proteção Social.

Assim sendo, a Proteção Social no Brasil não se apoiou firmemente nas pilstras do pleno emprego, dos serviços universais, nem estabeleceu uma estrutura de proteção que impedisse a reprodução de camadas sociais majoritárias da população que se encontra na extrema pobreza. Vale salientar que esta dinâmica representa os movimentos, lutas e reivindicações que se manifestaram no Brasil, principalmente no cenário que se desenrolou na década de 1970, e que passou a ser representada com a consolidação da Constituição Federal, também denominada de Constituição Cidadã, em 1988.

Nesta realidade, de exclusão e marginalidade social, está alguns segmentos constituídos por indivíduos que se encontram em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, e por vezes alguns já em condição de violação de direitos. Dentre estes, situa-se o segmento social que também fora contemplado por este estudo, ou seja, pessoas em condição de pobreza e que demandam assistência no interior da Política de Saúde Mental.

Isto implica na afirmativa de que, assim como fora sinalizado anteriormente, o cuidado ao doente mental, sempre esteve articulado às expressões históricas da psiquiatria tradicional, independentemente de sua configuração e modelo. Num quadro geral, uma reflexão histórica a cerca da loucura revela que a mesma tem acompanhado o homem ao longo de toda a sua trajetória. Mas, apesar de esta situação ter-se feito presente ao longo da história humana, a gênese no cenário da assistência psiquiátrica pode ser caracterizada por ações que relacionavam as disfunções mentais e/ou psicológica a afeitos de possessões demoníacas.

Ainda neste respeito, mesmo em anos posteriores quando esta situação começou a dar sinais de mudanças e progresso, não é possível afirmar que o cenário posto não contemplou resultados, nem condições de vida satisfatórias para os indivíduos que se encontravam como vítimas do adoecimento mental. Como se observou, estas modificações se deram, sobretudo, no início da Idade Média com a falência do feudalismo e, conseqüentemente, com os primeiros sinais norteadores e fundantes do sistema capitalista, enquanto modo de produção.

Com esta nova realidade o doente mental passou a ser visto apenas como um problema social, visto que não se adequavam ao novo regime de vivência econômica. Ou seja, enquanto as relações sociais admitiram a existência de

peessoas que não contribuía com relevância dentro do processo de produção, estes indivíduos não sofreram grandes conseqüências de exclusão social. Até aquele momento, sofreram apenas em suas relações de afetividade foi que passaram por situações de isolamento, ou seja, foram excluídos do convívio da família e da comunidade.

Neste processo, embora algumas práticas da medicina tenham sido introduzidas no enfrentamento da questão envolta no doente mental, e assumido um papel relevante no contexto de desenvolvimento da assistência psiquiátrica pública, ela por si só, não foi capaz de se sobrepor às práticas excludentes e desumanas que passaram a ser direcionadas e aplicadas no enfrentamento da condição em que se encontravam pessoas com o sofrimento psíquico.

Além disso, considerando a ordem cronológica dos fatos, é possível afirmar também que os mecanismos inovadores que se seguiram no campo da assistência ao doente mental, não assumiram o papel da proteção social tal como é vislumbrada e defendida na atualidade, pois apenas abrigavam com o recurso do isolamento, os que eram classificados como indigentes de toda sorte.

O significa dizer que os excluídos naquelas formas de assistência não poderiam ser inseridos socialmente e aquela realidade apenas mascarava o tratamento desumano que era utilizado. Na verdade, a sistematização daquelas ações só conseguia complementar as medidas de repressão já existentes. Neste sentido, a título de exemplo, estão os asilos e as práticas de cunho religioso que por muitos anos foram associados com o lidar, no enfrentamento da doença mental.

No entanto, o desenvolvimento da Política de Saúde Mental no cenário para além do Brasil, revela diversos fatores que contribuíram de maneira positiva para a Política de Saúde Mental. Neste respeito, marcam presença os Movimentos de Reforma Psiquiátrica em diversos países. Estes movimentos reivindicavam um novo olhar na forma de enfrentar e tratar a pessoa com adoecimento mental. De um modo em que estas passassem a ser reconhecidas em sua existência, enquanto indivíduos que deveriam desfrutar de segurança e proteção social, mesmo quando apresentassem limitações em alguns aspectos da vida.

Os preceitos que foram desenvolvidos netas manifestações, que também são reconhecidas como Movimentos da Luta Antimanicomial, com vistas a uma nova realidade para o doente mental, atingiram seu ápice no Brasil, na década de 1970, com os rebatimentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica na Itália, quando o

medico psiquiátrica e militante Franco Basaglia assumiu esta luta, e implementou uma campanha nacional de erradicação da cultura hospitalocêntrica, ate então predominante.

Assim, no cenário nacional, a ênfase pelos direitos relacionados aos doentes mentais se deu como resultante das influências de alguns personagens, dentre estes Franco Basaglia. E atingiu seu clímax, com o Movimento de Luta Antimanicomial. Este foi resultante da iniciativa do Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que eclodiram junto ao movimento de redemocratização do país, na década de 1980. Por meio deste movimento novas concepções foram sendo atribuídas à Política de Saúde Mental e contribuíram para o novo modelo de assistência psiquiátrica, vigente na atualidade.

Portanto, foi a partir das reivindicações destes movimentos, embasados nos direitos constitucionais de 1988 que respaldavam as ações da própria Política de Saude Nacional, que as práticas desenvolvidas na Política de Assistência à Saúde Mental começaram a configurar um cenário inovador e com características efetivas em sua operacionalização. Novos mecanismos, bem como também novos equipamentos passaram a compor a estrutura da assistência psiquiátrica, de modo que os usuários dos serviços não apenas eram percebidos como sujeitos alvo das ações, mas, sobretudo, assumiram espaços deliberativos nas instâncias que se encontravam em torno das ações dentro da Política de Saúde Mental.

Entre estes mecanismos da nova Política de Assistência Psiquiátrica, situam-se o Programa de Volta pra casa, que oferecem suporte, inclusive financeiro com uma ajuda de custo para o doente mental e sua família; as Residências Terapêuticas, que auxiliam com o apoio para aqueles indivíduos que em virtude do tempo que passaram apartados das relações familiares, comunitárias e sociais perderam seu vínculo. Neste sentido, este mecanismo busca favorecer o restabelecimento destes vínculos; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que agem como equipamentos de inserção social dos usuários que a eles tem acesso. Como equipamentos da nova política de assistência a saúde mental, estes se organizam mediante níveis de atenção, atendendo entre outros critérios, o contingente populacional dos municípios nos quais se inserem.

De forma geral, a política dessas unidades defende a tese de que muitos vitimados com adoecimento mental têm potenciais, e que precisam ser estimulados

a utilizá-los na vida em sociedade. E que o seu valor enquanto humanos não pode, e não deve ser medido unicamente a partir do sistema de produção capitalista.

Em todo este processo, é consolador apontar que estas mudanças atingiram o contexto paraibano. Mesmo que a princípio as influências tenham se dado de forma incipiente, pois as relações estaduais por longo tempo foram sistematizadas a partir de ações coronelistas, paternalistas e assistencialistas. Mesmo com esta configuração, e com a presença destes e de outros entraves, as ações de assistência psiquiátrica no Estado em tempos posteriores passaram a ultrapassar as fronteiras das unidades e da cultura hospitalocêntrica, e superaram as atividades em torno desta, com a implantação dos ideais da nova política, assumindo a sua postura e equipamentos.

Dessa maneira, a política de assistência psiquiátrica no Estado começou a dar seus primeiros passos, rumo à superação da atenção tradicional que era direcionado ao doente mental. No entanto, assim como se deu na maior parte do país naquele momento, o processo de reforma psiquiátrica no Estado, transcendeu a busca de soluções apenas técnicas. Para, além disso, as propostas buscavam transformar aspectos técnicos, políticos e sociais sobre a loucura e suas instituições. O marco deste avanço, portanto, teve como embasamento, a desinstitucionalização da doença e do doente mental.

Assim, os equipamentos utilizados na atenção psiquiátrica, passaram a operacionalizar a promoção da pessoa com adoecimento mental e principalmente a promover a sua inserção social. Estes,

[...]são novos instrumentos da atual política para promover a reforma psiquiátrica, que pressupõe um novo modo de organizar e processar o trabalho para produzir saúde mental (SILVA; BARROS, 2005, p. 312).

E como fora evidenciado com a coleta de dados, as mudanças estão partindo de forma significativa dos próprios profissionais que lidam com a operacionalização das ações na assistência psiquiátrica pública. Este é um elemento relevante na efetivação das propostas, tendo em vista que nada seria de fato modificado, se os atores não tivessem ultrapassado as fronteiras do tratamento tradicional e excludente, que era dinamizado pelos manicômios, de modo a superá-lo, implementando as características da Política de Saúde Mental, com o aparato dos novos equipamentos. E este fato pode ser registrado, no processo de

desenvolvimento da política, como um ponto nodal, pois enquanto os profissionais resistiram em promover as ações nos espaços de intervenção, a lógica inovadora de (re)inserção social dos indivíduos ficou reservada apenas ao cenário do que se almejava.

É importante também que se registre além do avanço relacionado ao apoio técnico profissional, os recursos materiais que passaram a ser disponibilizados para a implantação desta nova política. Embora ainda não seja possível indicar a situação como ideal, não se pode negar que representam um progresso considerável quando, por exemplo, as unidades físicas são localizadas em meio ao seio da sociedade, e não mais em distritos e regiões isoladas do convívio social.

Portanto, não se pode desconsiderar os avanços presentes na Política de Assistência à Saúde Mental, inclusive aqueles que ocorreram no Estado, mesmo que de forma incipiente. Mas de forma geral, ainda se indica que as medidas apresentadas pela reforma psiquiátrica e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que defende por meio de seus preceitos a acessibilidade e com qualidade, aos serviços de assistência à saúde, tanto em âmbito nacional como na Paraíba, em sua maioria continuaram à margem das discussões políticas e tendo que enfrentar divergências de interesses dos envolvidos, bem como os ditames da burocracia, que simboliza mais um entrave à concretização dos direitos relacionados ao doente mental.

Esta Política de Saúde Mental ainda não se apresenta como primazia na agenda nacional. Entretanto, destaca-se nesta análise as possibilidades para que suas ações manifestem cada vez mais, dignidade e respeito para aqueles que apresentam inúmeras disfunções mentais. E que dentro deste contexto, fomentem as relações em que estes indivíduos não sejam desconsiderados, mas percebidos e identificados sujeitos que também devem usufruir, na medida do possível, das condições de acesso aos bens e serviços públicos. E que esta percepção não seja bloqueada, por um olhar puramente mercantil, dentro da lógica da produção e reprodução capitalista.

Finalmente, neste sentido, o que alimenta as possibilidades de uma realidade caracterizada por constantes avanços e mudanças no campo da saúde mental, é o registro histórico, que demonstra estas mudanças como resultantes do próprio desenvolvimento da sociedade, marcado por uma dinâmica constituída por seres

sociais, que são capazes de movimentar as relações, rumo a adequação para uma vida realmente satisfatória.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica.** Ciênc. saúde coletiva vol.14, n.1 Rio de Janeiro, jan-fev. 2006
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. Disponível em: <pt.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia>. Acesso em: 06 abr. 2010.
- ARAÚJO, Daniela N. **Pinel e Tuke.** Científico. Ano II vol. I, Salvador, agosto-dezembro de 2002. Disponível em: <<http://Sites.uol.com.br/estevamhp/historiadapsiquiatria.htm>>.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BARROS, A. de J.P. de; LEHFELD, N.A. de S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- BENTO, L. C. **A doença e a saúde mental: condições e significados que sustentam a adesão ao tratamento.** TCC. Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, 2003.
- BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção.** Psicol. cienc. prof., Set 2008, vol.28, no.3, p.632-645. <http://pepsic.bvsalud.org> Acesso em: 15 nov. 2010.
- BORGES, C.F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção da Política de 1990 a 2004.** Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2009.
- CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **A trajetória da Assistência Psiquiátrica Paraibana nos Últimos 15 anos.** Texto Mimeo, João Pessoa, 1997.
- CHIZZOTI, Antonio. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios.** Revista Portuguesa de Educação, 2003, 16(2). CIED- Universidade de Minho - Braga, Portugal - pp. 221-236, Pontifícia Católica de São Paulo, Brasil.
- COBRA, Rubem Q. - **NOTAS: Vultos e episódios da época contemporânea.** Site www.cobra.pages.nom.br, INTERNET, Brasília, 1997 (www.geocities.com/cobra_pages) Disponível em: <http://www.cobra.pages.nom.br>. Acesso em: 02 mar. 2010.
- CORREIA, Vera A. C. **Cenários e práticas do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial em Santa Catarina.** 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí- Santa Catarina, 2007.

COSTA, José R. E; ANJOS, Márcio F.; ZAHER, Vera Lúcia. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**. Artigo de Revisão-Centro Universitário São Camilo - 2007; 1(2): 103-110.

COUTINHO, Ricardo. Projeto-lei nº 215/2003. **Projeto de Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica**. Estado da Paraíba. Assembléia Legislativa, Casa de Eptácio Pessoa-Gabinete Ricardo Coutinho.

DEMO, Pedro. **Saber pensar. Guia da escolha cidadã**. IN: Instituto Paulo Freire. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

DADTE, Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional **Referência: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira**.
por: Divisao de Apoio Didatico e Tecnologia Educacional. Disponível em:
[http://www.saude.rio.rj.gov.br/IMAS Juliano Moreira](http://www.saude.rio.rj.gov.br/IMAS_Juliano_Moreira) - Servidor Saúde Rio-Secretaria Municipal. Acesso em: 02 mar. 2010.

FERREIRA, Gina. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política**. Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise. v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FILHO, Heronides Coêlho. **A psiquiatria no país do açúcar**. Associação Brasileira da Indústria Gráfica – ABIGRAF - Regional Pernambuco, 1977- 2. ed.

GAMA, Jairo R. A. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese apresentada ao Instituto Brasileiro de Medicina Social da Universidade do Estado do R. de Janeiro – 2008. Disponível em: <<http://www.dominipublico.gov.br>>.

GELEDÉS, Portal. **Juliano Moreira – Geledés Instituto da mulher negra**. Disponível em:<<http://www.geledes.org.br/medicina/juliano-moreira.html>>GELEDÉS, Instituto da mulher negra. Acesso em: 12 mar. 2010.

GOMES, Fábio Guedes. **Conflito social e Welfare Estate: Estado e desenvolvimento social no Brasil**. Revista de administração Pública. Print ISSN 0034 – 7612, Rio de Janeiro, Mar/Abr. 2006, v. 4, nº. 2.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p. Disponível em: < <http://portalteses.iciet.fiocruz.br>>. Acesso em: 06 abr. 2010.

GOULART, M. S. B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006

HOCHMAN, Gilberto (org.) **Políticas sociais no Brasil**. / organizado por Gilberto Hochman, Marta Arrete e Eduardo Marques. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

JABERT, Alexander. **Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do Estado do Espírito Santo**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, nº 3, p. 693-716, set-dez, 2005.

KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. **Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional**. Sociologias nº.22, Porto Alegre July/Dec. 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 15 nov. 2010.

KOERICH, Ana M. E. **Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951- 1971)** / Ana Maria Espíndola Koerich, orientador Miriam Süsskind Borenstein. – Florianópolis, 2008. f.: 107 il. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Opção Filosofia, Saúde e Sociedade.

Lei nº 7.369 de 23/07/2004. **Lei nº 7.369. Dispõe sobre a saúde mental no Estado da Paraíba**. Palácio do Governador, 2010.

LIMA, Nísia T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerchmam e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro- Ed. Fiocruz, 2005.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. Ciênc. saúde coletiva v.14 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 nov. 2010.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br>> Acesso em: 15/11/2010

MEDEIROS, Soraya M^a. de. **Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate**. 2002.

MEDEIROS, T. A. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de mestrado (Universidade Federal do Rio de Janeiro), 1977. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>. Acesso em: 06 abr. 2010.

MENICUCCI, Telma M^a Gonçalves. **Público e privado na política de assistência a saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro- Ed. Fiocruz, 2009.

_____. **O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectiva**. Cad. Saúde Pública, R. de Janeiro, 25(7): 1620-1625, julho, 2009.

MILLANI, Helena de Fátima B.; VALENTE, Maria Luisa L. C. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. Disponível em: <<http://www.scielo.bvs-psi.org.br>> Acesso em: 02 mar. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Relatório Final - Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Relatório Final - Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Relatório Final - Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Coordenação de política pública para saúde mental-** 2004.

MOREIRA, J. **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil.** Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e ciências afins, 1(1): 52-98, 1905. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br>> Acesso em: 06 abr. 2010.

NSM- Núcleo de Saúde Mental do Estado da Paraíba - Relatório de Gestão/2010. Secretaria de Saúde no Estado-SES.

PAIVA, Beatriz A. de; OURIQUES, Nildo D. **Uma perspectiva latino americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte.** UFCS, 2006.

PAULIN, Luiz F; TURATO, Egberto R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.11 no.2 Rio de Janeiro May/Aug. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 08 mar. 2010.

PEREIRA, João F. **O que é loucura?** Coleção 73, Primeiros passos. Brasiliense, 1983.

PEREIRA, Potyara A. P. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências.** NEPROS/CEAM/UNB, 1994.

_____. **A saúde no sistema de seguridade social brasileira.** Ser social nº 10, 2002.

_____. **A saúde no sistema de seguridade brasileira.** NEPROS/CEAM/UNB.

PEREIRA, M. A.; LABATE, R. C.; FARIAS, F.L. R. **Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica.** Acta Paul. Enf. V. 11, n. 3, p. 52-59, 1998.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das Políticas Sociais no Brasil - uma pequena revisão.** Disponível em < [http:// www.medicina.ufmg.br](http://www.medicina.ufmg.br) >. Acesso em: 12 jan. 2009.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura**. 2 .ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 213-239. Universidade Federal de Santa Catarina/ Laboratório de História, Saúde e Sociedade. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br>. Acesso em: 02 mar. 2010.

RAMMINGER, Tatiana. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. Bol. da Saúde, v. 16, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br>. Acesso em: 02 mar. 2010.

RAMOS, Fernando A. Cunha; GEREMIAS, Luís. **Instituto Philippe Pinel: origens históricas O Hospício de Pedro II: o Palácio dos Loucos**. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em 23 nov. 2009.

RELATÓRIO(Documento Privado). **Trabalho de diagnóstico do Hospital Psiquiátrico “Juliano Moreira”**- Período Abril e Maio de 1987. João Pessoa.

RESENDE, Heitor. **Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil**. Vozes: São Paulo, 1987.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. Rio de Janeiro - Instituto Franco Basaglia, 1996.

SAÚDE, Ministério da. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 71 – 77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

SECOM, Redação iParaíba com. **Solidariedade é tema do dia nacional de luta antimanicomial. A preocupação atual dos movimentos sociais é com a aceleração da Reforma Psiquiátrica no país e com o fechamento rápido dos manicômios**. Fonte: Agência Brasil. Publicado em 09 out. 2007. Disponível em: <<http://www.clicrn.com.br/noticias>> Acesso em: 01 out. 2010.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMAN, Mônica L. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. Rev. Psiquiatr. RS. 2009; 31(1): 82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2009.

SILVA, Ana Medeiros C; BARROS, Sônia. **O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa-Paraíba**. Relatório de Pesquisa –Rev. Esc. Enferm. USP, 2005; 39(3): 310-6.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie, ALMEIDA, Cristovão Domingos de; GUINDANI Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Ano I - Número I - Julho de 2009. Disponível em:<<http://www.rbhcs.com>>. Acesso em: 14 nov. 2010.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Disponível em: <[http:// www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 12 ago. 2009.

VENÂNCIO, Ana Teresa A.; CASSILIA, Janis Alessandra. **História da política assistencial à doença mental (1941-1956): O caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro.** Associação Nacional de História – ANPUH XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – 2007. V Bienal de Pesquisa Fiocruz. Disponível em: <<http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: “Análise histórica das políticas de Saúde Mental na Paraíba na perspectiva dos trabalhadores da rede de assistência psiquiátrica pública”

Objetivo: Analisar historicamente a Política de Saúde Mental no Estado da Paraíba, no período de 1980 a 2007, identificando os avanços e desafios imputados ao seu desenvolvimento.

Metodologia: Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais serão, quando possível e pertinente à pesquisa, gravadas com seu livre consentimento.

Além de você e nós pesquisadores, ninguém terá acesso aos resultados da sua entrevista, sem o seu consentimento. Quando o resultado da pesquisa for divulgado, os participantes da mesma serão mantidos no anonimato. Sua participação voluntária.

Assim se deixa claro que o participante recebeu os devidos esclarecimentos, no que se refere aos objetivos, condições de realização, manutenção de anonimato, bem como o direito de deixar de participar em qualquer momento da população e procedimentos utilizados para a realização da pesquisa.

Concorda livremente em responder, emitindo sua opinião sobre os questionamentos aqui abordados, como também que o resultado obtido seja utilizado para o trabalho de conclusão no curso de Pós-Graduação em Serviço Social, realizado pela Mestranda Kátia Helena da Silva Sales.

João Pessoa ____/____/____

Kátia Helena da Silva Sales (PPGSS-2010)

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW: Fone 3216-7302; E-mail: cepulw@hotmail.com.

ANEXO B- ROTEIRO DE ENTREVISTA 1**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE****1- Gênero**

() Masculino () Feminino

2- Grau de Instrução

() Ensino Superior Completo

() Pós-Graduação

Especificar _____

3- Âmbito de Intervenção

() Público

() Privado

() Público e Privado

Local de Trabalho _____

4- Ocupação atual

() Coordenador

() Técnico

Especificar _____

5- Tempo de experiência profissional com a Política de Saúde Mental

() 01-05 anos

() 05-10 anos

() 10-15 anos

() 15-20 anos

() A partir de 20 anos

Especificar _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO INTER-RELACIONAL COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**PERCURSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA PARAÍBA**

É perceptível que os avanços relacionados à assistência psiquiátrica, ocorreram principalmente, a partir da década de 1980. Com base nesta afirmativa, responda as seguintes questões:

6- Caso tenha mais de vinte anos de experiência na área, por gentileza responda. Neste período, quais as Instituições que operacionalizavam serviços de assistência à saúde mental na Paraíba?

7- Por favor, descreva os serviços que essas instituições prestavam.

8- Pode me dizer, quais eram os tipos de tratamentos utilizados?

9- O Sr.(a) concorda que o quadro de Recursos Humanos era satisfatório, no que diz respeito ao enfrentamento da problemática?

() Sim () Não

10- Quanto à formação acadêmica, O Sr.(a) acha ser possível afirmarmos que era suficiente no que tange ao atendimento à demanda?

() Sim () Não

Por favor, justifique a sua resposta:

11- Como o (a) Sr.(a), compreende a Reforma Psiquiátrica no Brasil?

12- Quais as contribuições que em sua opinião, esta Reforma impulsionou à dinâmica do Estado?

VISÃO POLÍTICA ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA

13- Dentre a(s) Gestão(ões) que perpassaram a sua experiência profissional, por gentileza, pontue a que considera ter colaborado de forma positiva com os avanços da assistência psiquiátrica, em nível estadual.

14- Ainda neste período, identifique a(s) Gestão(ões) na qual vivenciou o que considera como desafios, relacionados a efetivação da assistência psiquiátrica pública no Estado.

15- Descreva, por favor, estes desafios, bem como os principais entraves.

16- Acredita que a formação acadêmica contribuiu e/ou alterou a dinâmica dos profissionais que trabalharam e trabalham com a questão da saúde mental?

() Sim () Não

O(a) Sr.(a) pode justificar a sua resposta:

VISÃO DA ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA

É notório que o Movimento de Luta Antimanicomial representou um marco inovador à trajetória da Política de Saúde Mental no cenário brasileiro, e consequentemente no Estado. A partir dessa premissa, responda:

17- O(a) Sr.(a) percebe aspectos inovadores na realidade das condições em nível local, em consonância com os ideais deste Movimento?

() Sim () Não

18- Por favor, pontue o que considera como elementos de avanço, na trajetória da Política de Saúde Mental, na realidade do Estado:

- () Maior atenção dos Gestores
- () Investimentos no Setor de Recursos Humanos
- () Capacitação Profissional
- () Resposta satisfatória à demanda
- Outros

19- Além disso, recupere o que considera como principal(is) desafio(s):

- () Investimentos Públicos
 - () Ditames burocráticos
 - () Questões político-partidárias
 - () Resistência a proposta da Reforma Psiquiátrica
 - Outros
-
-

Neste processo, pode-se apontar como avanço para a assistência psiquiátrica o conjunto de orientações normativas, que regulam e legitimam a efetivação dos direitos individuais e sociais dos usuários dessa Política. Desse conjunto, podem ser citados:

▪ O Estatuto da Pessoa com Deficiência (DECRETO LEI Nº. 3.298-DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 21 DE DEZEMBRO DE 1999). O capítulo IV, Artigo 7º, trata dos objetivos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Dentre os quais, garante a *integração das ações dos órgãos e das entidades públicos e privados nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social.*

20- Como O(a) Sr.(a) avalia o grau de efetivação desse objetivo, nas ações desenvolvidas pelo Estado?

- () Regular () Bom () Ótimo

▪ LEI Nº. 10.216, que especificamente dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Artigo 3º legaliza como *responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).* Com relação ao contexto no Estado, descreva:

21- Por favor, indique os aspectos que reconhece enquanto facilitadores à concretização desta proposta.

22- Agora, por gentileza, pontue os elementos que considera como principais entraves à efetivação da mesma.

23- Quanto à eficiência, como o(a) Sr.(a) avalia os resultados obtidos no desempenho com os seguintes equipamentos de enfrentamento da Política de Saúde Mental:

Ambulatório	() Regular	() Bom	() Ótimo
Centro de atenção Psicossocial	() Regular	() Bom	() Ótimo
Residências Terapêuticas	() Regular	() Bom	() Ótimo

24- Dentre estes e/ou outro(s), qual(is) o(a) Sr.(a) identificaria com maior índice de efetivação no que diz respeito ao objetivo proposto? Por quê?

25- Como o(a) Sr.(a) percebe a relação da atual Gestão Estadual com a Política de Saúde Mental.

() Regular () Boa () Ótima

Por quê?

26- Por favor, identifique os avanços que considera como pertinentes à realidade estadual e que ainda não foram alcançados.

Kátia Helena da Silva Sales
Mestranda em Serviço Social/PPGSS-2010

ANEXO C- ROTEIRO DE ENTREVISTA 2**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE****1 Gênero**

() Masculino () Feminino

2 Grau de Instrução

() Ensino Superior Completo

() Pós-Graduação

Especificar _____

3 Âmbito de Intervenção

() Público

() Privado

() Público e Privado

4 Ocupação atual

() Coordenador

() Técnico

Especificar _____

5 Tempo de experiência profissional com a Política de Saúde Mental

() 01-05 anos

() 05-10 anos

() 10-15 anos

() 15-20 anos

() A partir de 20 anos

Especificar _____

**VISÃO POLÍTICA ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA
PARAÍBA**

É perceptível que os avanços relacionados à assistência psiquiátrica, ocorreram a partir de 1970, sobretudo, na década de 1980, sob a influência da Reforma Psiquiátrica. Com base nesta afirmativa, por favor, forneça resposta às seguintes questões:

6 Como avalia o **nível de contribuição** que esta Reforma impulsionou à dinâmica do Estado:

() Ruim () Regular () Bom () Ótimo

7 Como o(a) Sr(a) descreve o **grau de resolatividade** dos serviços substitutivos (Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, etc.), da Política de Saúde mental, em nível estadual:

() Ruim () Regular () Bom () Ótimo

8 Em relação ao **atendimento à demanda** da assistência psiquiátrica, como percebe as **contribuições da formação acadêmica** para os profissionais que atuam com a Política de Saúde Mental:

() Ruim () Regular () Bom () Ótimo

No processo de desenvolvimento da Política de Saúde Mental, é imprescindível pontuarmos a relevância dos CAPS. Neste respeito, por favor, descreva:

9 O **grau de efetivação** dos CAPS, em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica é:

() Ruim () Regular () Bom () Ótimo

10 No que se refere ao **quadro de Recursos Humanos**, para o enfrentamento da problemática, o(a) Sr(a) considera:

() Ruim () Insuficiente () Bom () Ótimo

11 No que depende da **formação acadêmica** desses profissionais, o(a) Sr(a) considera que a mesma **contribui de que forma** para uma atuação na Política de Saúde Mental:

() Insuficiente () Regular () Bom () Ótimo

12 Como avalia a **participação da comunidade** em relação às atividades desenvolvidas pelo CAPS:

() Ruim () Regular () Boa () Ótimo

13 Em sua percepção, as **ações de incentivo** para esta atuação articulada com a comunidade, **promovidas pelo CAPS** é:

() Ruim () Insuficiente () Boa () Ótimo

14 Como o(a) Sr(a) avalia a **relação da atual Gestão Estadual com a Política de Saúde Mental**:

() Ruim () Regular () Boa () Ótima

15 No que diz respeito aos **recursos financeiros destinados à manutenção** dos CAPS, o(a) Sr(a) compreende que são:

() Insuficiente () Regular () Boa () Ótimo

16 Quanto ao **impacto que as ações do CAPS desenvolve** na dinâmica da Política de Saúde Mental, o(a) Sr(a) considera;

() Ruim () Regular () Boa () Ótima

17 **Suas perspectivas** em relação ao CAPS são:

() Ruim () Regular () Boa () Ótima

Por favor, justifique sua resposta

João Pessoa ____/____/____

Kátia Helena da Silva Sales

ANEXO D- Aprovação do Comitê de Ética