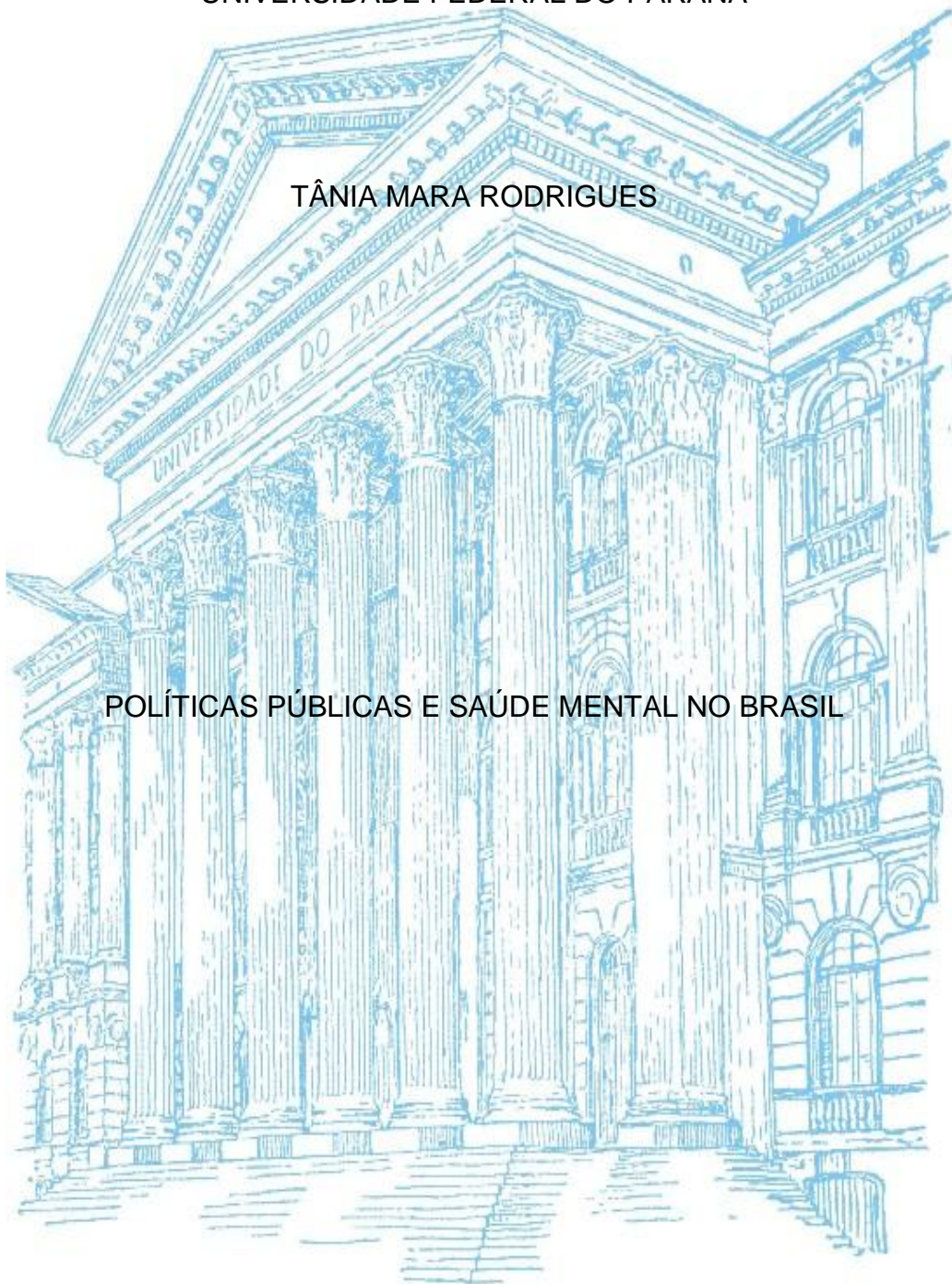


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TÂNIA MARA RODRIGUES

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL



CURITIBA

2012

TÂNIA MARA RODRIGUES

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Departamento de Ciências Sociais, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Sociologia Política.

Orientadora: Prof. Dra. Samira Kauchakje

CURITIBA

2012

TERMO DE APROVAÇÃO

TÂNIA MARA RODRIGUES

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista no Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dra. Samira Kauchakje

Orientadora – Departamento de Sociologia, UFPR

Prof. Dr. xxxxxxxxxxxxxxxx

Departamento de xxxxxxxx, UFPR

Prof. Dr. xxxxxxxxxxxxxxxx

Departamento de xxxxxxxx, UFPR

Prof. Dr. xxxxxxxxxxxxxxxx

Departamento de xxxxxxxx, UFPR

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Tereza Korczaguin Rodrigues(*in memoriam*).

Coração de Mãe.
Vai entender,
Como é grande,
Quanto amor cabe ali.
Mulher pequena,
Uma grande mãe mulher.
Que saudades suas minha GRANDE mãe,
Quanto cuidado pelas filhas,
Tamanho carinho e preocupação,
Teus anjos te protegem minha mãe.
Não foi você que me falou?
Para eu sempre rezar para meu anjo da guarda protetor?
Teu anjo também te protegerá agora minha mãe.
Saudades...

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Tacilio Rodrigues e Tereza Korczaguin Rodrigues(*in memoriam*) grande mãe e mulher , obrigado por suas histórias de sucesso na educação dos filhos, diante de todas as dificuldades enfrentadas.

Ao meu adorado esposo, Cleomar Mariani, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis de minha vida.

As minhas irmãs , Taiza Rodrigues, Tamara Rodrigues, *que no* momento mais difícil e doloroso de nossas vidas, estivemos juntas, e mostrando o nosso amor incondicional a nossa mãe. Obrigada por sempre estarem ao meu lado me dando forças.

À professora Dra. Samira Kauchakje . pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

EPÍGRAFE

O meu ideal político é a democracia, para que todo o homem seja respeitado como indivíduo e nenhum venerado.

-- Albert Einstein

"A maior descoberta da minha geração é que qualquer ser humano pode mudar de vida, mudando de atitude".

William James

"Os investimentos em conhecimentos geram os melhores dividendos"

Benjamin Franklin

"Estamos necessitando de um tipo de ser humano diferente, capaz de viver em um mundo em eterna mudança, educando para sentir-se à vontade com a mudança de situações, sem conhecimento prévio. A sociedade que puder produzir essas pessoas sobreviverá, as que não puderem, morrerão."

Abraham

Maslow

RESUMO

O conceito de loucura é demasiadamente amplo; uma construção histórica que tem raízes em elementos culturais e do senso populacional como premissas. Indivíduos que sofrem de algum transtorno psíquico são reconhecidos como excepcionais no contexto de vivência social. A segregação não é apenas física, permeia o corpo social numa espécie de barreira invisível que impede a quebra de velhos paradigmas. Este tratado focaliza as políticas de saúde mental como política de saúde no âmbito das políticas sociais no Brasil. Faz um resgate histórico e comparativo, identificando as características e os problemas de cada momento das políticas públicas em saúde mental no país e reflete acerca das articulações entre sociedade/Estado/saúde. Elucidando o longo percurso da Reforma Psiquiátrica e as mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento ao portador de transtorno mental que adotam atualmente os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS enquanto dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Através da revisão qualitativa da literatura infere que atualmente existe um conflito entre duas estratégias de assistência psiquiátrica: a do modelo hegemônico, hospitalocêntrico, que retêm vidas, dilacera corpos e mentes e faz da saúde um mercado financeiro, e a do modelo contra-hegemônico, que visa romper através da crítica àquela lógica, para resultar na tolerância para com as diferenças individuais, na sociedade brasileira. Conclui-se também que apesar dos esforços, a exemplo da implementação dos CAPS que possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, ainda existem grandes dificuldades em suas implementações e atuações. Portanto, quantos mais estudos e soluções forem propostas que auxiliem no desenvolvimento das políticas públicas, melhor, para que assim e somente assim, possam-se sanar as lacunas existentes no auxílio às pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Políticas públicas, saúde mental, políticas de saúde mental, cidadania e loucura, atenção psicossocial, psiquiatria, assistência hospitalar pública, precarização, CAPS.

ABSTRACT

The concept of madness is too large, a historic building that has its roots in cultural elements and sense as population assumptions. Individuals who suffer from some mental disorders are recognized as exceptional in the context of social life. Segregation is not only physical, permeating the social body in a kind of invisible barrier that prevents the breakdown of old paradigms. This treatise focuses on mental health policies as health policy in the sphere of social policy in Brazil. Makes a historical and comparative, identifying the characteristics and problems of each moment of public policies on mental health in the country and reflects on the connections between society / state / health. Elucidating the long course of psychiatric reform and changes in regulations and forms of care to patients with mental disorders that currently adopt the Psychosocial Care Centers - CAPS as strategic devices to the network organization of mental health care. Through qualitative review of the literature implies that there is currently a conflict between two strategies of psychiatric care: the hegemonic model, hospitalocentric, retaining lives, tears bodies and minds and makes health a financial market, and the counter-hegemonic model, which aims to break through the critical logic to that, to result in tolerance for individual differences in Brazilian society. We also conclude that despite efforts, such as the implementation of CAPS which enabled the organization to a network substitutionary Psychiatric Hospital in the country, there are still great difficulties in their implementations and performances.

Keywords: Public policy, mental health, mental health policies, citizenship and madness, psychosocial care, psychiatry, public hospital care, precariousness, CAPS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Definições Teóricas de Políticas Públicas

Tabela 2: Residências Terapêuticas por UF

Tabela 3: Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 a 2011)

Tabela 4: Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011.

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF (Brasil, 2003 -2011)

Gráfico 2: Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PP: Política Pública

PP's: Políticas Públicas

PS: Políticas Sociais

PG: Políticas Governamentais

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. BREVE HISTÓRICO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: aspectos teóricos e históricos	15
2.1 Histórico acerca das correntes teóricas sobre o Estado e políticas públicas	23
3. LOUCURA E AÇÕES PÚBLICAS	30
3.1 Reforma Psiquiátrica	32
3.2 Políticas De Saúde Mental	40
3.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil	41
3.4 Os serviços substitutivos – Centro de Atenção Psicossocial (CAPs)	49
3.4.1 Serviços residenciais terapêuticos (SRTs).....	50
3.4.2 O Programa De Volta Para Casa.....	54
4. O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	56
5. SAÚDE MENTAL EM DADOS.....	61
6. CONCLUSÃO	66
7. REFERENCIAS.....	69
8. ANEXOS	75

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela pesquisa surgiu a partir de trabalhos realizados na área de políticas públicas, principalmente aqueles que destinam atenção e enfoque para políticas públicas de saúde mental.

Outro fator preponderante para a escolha do tema foi a legalização de políticas de saúde mental, a exemplo tem-se a aprovação da Lei 10.216 (em anexo), que dá um novo rumo ao modelo de assistência psiquiátrica no país. Igualmente as diretrizes das políticas públicas nos quesitos relativos à sua compreensão, requer um aprofundamento nos meandros históricos, econômicos, sociais e culturais, em virtude de sua interdependência entre diversas áreas.

Deste modo, pela importância em esfera tanto nacional quanto internacional justifica a escolha do tema que tem como foco as políticas de saúde mental inseridas no contexto das políticas sociais no Brasil.

Este estudo faz um resgate histórico e comparativo, identificando as características de cada momento das políticas públicas em saúde mental no país e reflete acerca das articulações entre sociedade/Estado/saúde.

Tratando com os principais conceitos e modelos de análise de bancos de dados evolutivos acerca da problemática do tema, nos capítulos a seguir serão explicitados conceitos históricos e fatos que tentam responder o seguinte questionamento: por que as políticas de saúde mental no Brasil ainda não sanaram o problema das longas filas em hospitais que geram atrasos no atendimento aos indivíduos com transtornos mentais nos hospitais públicos e quais os motivos de muitos hospitais psiquiátricos fecharem? Quais as soluções para o fortalecimento das políticas de saúde mental no Brasil?

As respostas a este desafio não são fáceis, nem claras ou consensuais, pois dependem de variáveis internas e externas e da implementação e execução do planejamento das políticas de saúde mental.

De modo geral o objetivo da pesquisa é contribuir para o estudo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, de acordo com a análise feita da bibliografia investigada, descreve e compara os movimentos históricos para evidenciar a realidade em que o país está inserido e quais as dificuldades encontradas e o que ainda tem a melhorar neste cenário. Para tanto a

metodologia utilizada para responder os questionamentos, foi a análise do conteúdo, tendo como foco os artigos publicados nos anos de 1995 a 2012 que apresentam como tema central as políticas públicas de saúde mental. Com a busca feita pelas palavras chaves “políticas públicas de saúde mental” foram encontrados mais de 1.620 publicações que tratam do assunto, direcionados para áreas abrangentes (políticas públicas de saúde mental no Brasil) e específicas (que focam em cidades, estados, ou idades específicas).

O progresso dos estudos já pode ser considerado significativo se analisarmos quantitativamente as publicações existentes, desde livros, revistas, tratados, artigos, jornais e periódicos em geral. (REIS, 2003; SOUZA, 2006 e 2007; FARIA, 2003; MELO, 1999).

Sendo assim, este compêndio traça como objetivo específico, elucidar os dados de saúde mental na atualidade e as alterações no regimento e nas formas de atendimento aos pacientes portadores de patologias mentais, evidenciando novas possibilidades de auxílio e apoio, priorizando o atendimento psicossocial na comunidade, e não somente exclusivo aos hospitais. De formar a contribuir para estudos futuros

O presente estudo de natureza bibliográfica encontra-se estruturado de acordo com as seguintes partes principais. A primeira corresponde à trajetória histórica das políticas públicas, políticas sociais que engloba políticas públicas de saúde, políticas saúde mental no Brasil, reforma psiquiátrica, papel estratégico do CAPS. E finalmente, algumas considerações finais que expressam qual caminho deve ser traçado para que haja consolidação de políticas públicas eficazes de atenção as pessoas com transtornos mentais.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: aspectos teóricos e históricos

Para entender como surge uma área de conhecimento, vale ressaltar seus aspectos teóricos e históricos, a fim de compreender seus desdobramentos e modificações ao longo do tempo. De acordo com Souza (2006), a PP enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica teve sua origem nos EUA, quebrando os modelos de estudos e pesquisa europeus que se focavam mais na avaliação sobre o Estado e suas instituições do que na

eficácia da produção das políticas públicas governamentais. Na Europa a pp surge como desmembramento dos trabalhos fundamentados em teorias explicativas sobre a conduta do Estado e do Governo (produtor por primazia de pp's). Já nos EUA, essa vertente de pesquisa iniciou-se por volta dos anos 50, sob o rótulo de *policy Science*, oposto ao modelo Europeu, o campo nasce em meio acadêmico sem vínculos com as bases teóricas sobre a função do Estado, indo direto a ação, ou seja, de que modo os governos praticavam as pp's.

O pressuposto analítico que regeu a constituição e a consolidação dos estudos sobre políticas públicas é o de que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes. A trajetória da disciplina, que nasce como subárea da ciência política, abre o terceiro grande caminho trilhado pela ciência política norte-americana no que se refere ao estudo do mundo público. O primeiro, seguindo a tradição de Madison, cético da natureza humana, focalizava o estudo das instituições, consideradas fundamentais para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana. O segundo caminho seguiu a tradição de Paine e Tocqueville, que viam, nas organizações locais, a virtude cívica para promover o “bom” governo. O terceiro caminho foi o das políticas públicas como um ramo da ciência política para entender como e por que os governos optam por determinadas ações. (Souza 2007, p.67)

O alinhamento do conhecimento científico e acadêmico com a produção governamental teve início por volta dos anos 30 do século XX, em consequência especialmente da criação da expressão *policy analysis* (análise de políticas públicas) por H. Laswell, que designou a conciliação do conhecimento científico e acadêmico com a produção prática dos governos. Nessa ocasião, Laswell proporciona a primeiro e legítimo delineamento de políticas públicas – a resposta às seguintes questões: quem ganha, o quê, quando e como.

We can think of the policy sciences as the disciplines concerned with explaining the policy-making and policy-executing process, and with locating data and providing interpretations which are relevant to the policy problems of a given period” (LASWEL, 1951, p.14).

Simon (1957) inseriu a concepção de racionalidade limitada dos decisores públicos (policy makers), alegando, entretanto, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre reduzida por questões tais

como informação inconclusa ou imperfeita, período para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores. Entretanto, para o autor, a racionalidade pode ser elevada até um ponto suficientemente aceitável pela composição de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que molduram o comportamento dos atores e modele-o no caminho de soluções desejadas, coibindo também a busca de maximização de benefícios próprios.

Houve um grande contra argumento de Lindblom (1959; 1979) ao de Laswell e Simon, que sugeriu a inclusão de ademais variantes à elaboração e à análise de pp, a exemplo: o encadeamento das relações de poder e a associação de pp nas diferentes etapas do processo decisório, sem princípios e nem fins estabelecidos. Ou seja, as pp's necessitariam aglutinar outros fatores, além de racionalidade, à sua formulação e análise, como o papel das burocracias, das eleições, dos partidos e grupos de interesse.

Além desses teóricos já mencionados, houve uma contribuição significativa de Easton (1965) ao definir a pp com um sistema, deste modo, evidenciou a interrelação entre formulação, resultados e o ambiente, já que segundo ele, as pp captam inputs partidários da mídia e dos grupos de interesse tendo seus resultados e efeitos diretamente influenciados.

Depois de Laswell, vários autores desenvolvem trabalhos acadêmicos onde a ação do governo é analisada sob diferentes aspectos, entretanto, partem da premissa que os processos de formulação de políticas públicas são complexos como consequência do grande número de participantes, com diferentes interesses e incentivos, e ocorrem em um ambiente onde existe uma grande diversidade de regras de jogo e onde os participantes têm diferentes graus de poder. Estes trabalhos concorreram para demonstrar que o estudo das políticas públicas não poderia estar restrito ao campo das ciências políticas, expandindo-se para o campo da sociologia e da economia.

Mas afinal, o que são políticas públicas?

Existem diversos autores que teorizam e conceituam acerca do termo políticas públicas, de modo a facilitar o entendimento tomou-se por base a expressão que visa definir uma situação específica da política. O significado etimológico de cada palavra separadamente nos confere uma melhor interpretação, vejamos: política é uma palavra de origem grega, *politikó*, que resume o conceito de participação da pessoa que é livre nas decisões sobre os

rumos da cidade, a *pólis*. Pública é de origem latina, significa povo, logo, política pública refere-se à participação do povo nas decisões da cidade, do território. (AURÉLIO).

Entretanto, com o passar dos tempos, tal participação adotou formatos distintos, de acordo com determinismos de tempo e lugar que pode ter acontecido de forma direta ou indireta, com um agente fundamental no acontecimento da política pública: o Estado. Deste modo, vejamos qual é o sentido contemporâneo para o termo política pública.

MARCH (2008) apresentava não só uma crítica rigorosa ao enfoque individualista, mas também propunha uma nova abordagem, como sugeria já a partir do título. Os autores sugerem a retomada do que, para eles, seria parte fundamental da disciplina: as instituições. Esse debate traz, implicitamente, uma tensão entre formação exógena e endógena de preferências. Para as abordagens individualistas, as preferências são exógenas ao processo político e, por isso, modeladas por forças que transcendem a situação de escolha imediata em o ator que se encontra. Já as teorias de raiz institucionalista entendem as preferências individuais como moldadas, em grande medida, pela sua interação com as instituições. As instituições não só modelariam de maneira substancial as preferências individuais, como também ofereceriam um sistema de significados no qual a vida política e social se desenrolaria.

SOUZA (2006) diz que as políticas públicas na sua essência estão ligadas fortemente ao Estado este que determina como os recursos são usados para o benefício de seus cidadãos, onde faz uma síntese dos principais teóricos que trabalham o tema relacionando às instituições que dão a última ordem, de como o dinheiro sob a forma de impostos deve ser acumulado e de como este deve ser investido, e ao final fazer prestação de conta pública do dinheiro gasto em prol da sociedade e do bem comum.

As reações e as expectativas das pessoas que serão impactadas por uma política pública estarão condicionadas à forma como é resolvido o conflito (ou provável conflito) dela decorrente. A partir dessa concepção, Lowi (apud FREY, 2000; SOUZA, 2007) classifica as políticas públicas em quatro tipos.

O primeiro tipo – as políticas distributivas – é conformado por aquelas que beneficiam um grande número de pessoas, em escala relativamente pequena e com reduzido grau de conflito.

O segundo são as política redistributivas, que impõem restrições ou perdas a determinados grupos, pelo qual tem um elevado grau de conflito.

O terceiro tipo, as políticas regulatórias, são as que envolvem a burocracia, grupos de interesse na definição de ordens, proibições e regulamentações constitutivas, sendo que o seu grau de conflito vai depender da forma como se configura a política.

Por último, as políticas constitutivas ou estruturadoras ditam as regras do jogo e definem as condições em que se aplicarão as políticas distributivas, redistributivas ou as regulatórias.

A discussão que norteia as PP ganhou espaço nas últimas décadas devido ao salto das condições democráticas em todos os lugares do mundo e a uma série de arranjos institucionais de governos, que possibilitaram a governabilidade, enquanto ações (sejam de âmbito nacional, regional/estadual ou municipal), que qualificam as políticas públicas.

Bucci (2002, p. 41) analisa e infere que PP's são maneiras de planejar as ações governamentais com o objetivo de coordenar subsídios à disposição do Estado, e também da iniciativa privada, para execução de medidas e ações “socialmente relevantes e politicamente definidas”

Di Giovanni (2009) vislumbra as PP's como uma “intercalação social/democrática, tendo como resultante a dependência direta entre o Estado e a Sociedade exercendo o papel de agentes no embate entre as relações sociais no campo da economia” (p.4-5).

Sob a ótica do autor:

[...] depende, por sua vez, da concretização histórica de alguns requisitos que configuram as modernas democracias: pressupõe-se uma capacidade mínima de planificação consolidada nos aparelhos de Estado, seja do ponto de vista técnico de gestão, seja do ponto de vista político. Pressupõe-se, também, certa estruturação republicana da ordem política vigente: coexistência e independência de poderes e vigência de direitos de cidadania; e, pressupõe-se, finalmente, alguma capacidade coletiva de formulação de agendas públicas, em

outras palavras, o exercício pleno da cidadania e uma cultura política compatível. (DI GIOVANNI, 2009, p 5).

Souza (2003) fez uma síntese das principais definições sobre PP's que são apresentadas pelo seguinte quadro Definições teóricas de políticas públicas

Tabela 1: Definições Teóricas de Políticas Públicas

Autor	Conceito
Mead (1995)	Campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.
Lynn (1980)	Conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.
Peters (1986)	Soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vidas dos cidadãos.
Dye (1984)	O que o governo escolhe fazer ou não fazer.
Laswell (1958)	Responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Em seguida a autora sintetiza:

Campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e ou entender por que o como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real (SOUZA, 2003, p. 13).

As demais definições ressaltam a importância das políticas públicas na resolução dos problemas sociais. Alguns críticos das teorias apresentadas, que supervalorizam ideais racionais e procedurais das PP's, alegam que elas

iludem a natureza da PP, ou seja, o conflito de ideias e interesses. Deve-se levar em consideração que tais ideias, por convergirem o foco no ofício dos governos, esquecem os aspectos divergentes e os limiares que envolvem as deliberações estatais. Excluem também possíveis parcerias entre o Estado, outras instituições e grupos sociais.

As políticas públicas são ações governamentais dirigidas a resolver determinadas necessidades públicas. As políticas podem ser sociais (saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial) ou outras (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária). Usualmente o ciclo das políticas é concebido como o processo de formulação, implementação, acompanhamento e avaliação. (GELINSKI, 2008, p. 223)

SOUZA(2006), entretanto, as definições mesmo que reduzidas, guia-nos para uma visão holística da problemática, a fim de proporcionar discussões de diferentes abordagens teóricas, onde o todo é mais importante do que a soma de sua partes isoladas.

[...] política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (SOUZA, 2006, p. 26)

De forma simplificada, PP é tudo aquilo que o governo faz enquanto programa ou ação que verte seus propósitos e geram resultantes almejadas no mundo real.

Ao partirmos da premissa de que PP deve ser analisada sob a ótica holística, "não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública, segundo Bacharch e Baratz (1962)". Apesar de possuir seus próprios arquétipos, não há como negar a interdisciplinaridade que resulta em inúmeras teorias e métodos, embora a PP seja uma ramificação das políticas sociais aplicadas não se pode desconsiderar as contribuições vindas da psicologia, economia, sociologia, filosofia.

"Política pública é um conjunto de ações públicas orientadas a direcionar e controlar o processo de transformação estrutural de uma economia". (AMATO NETO, 1999).

Vale ressaltar que os grupos citados acima, organizados, moldam seus planos políticos a fim de exercerem pressão sob a maquinaria governamental, para que as medidas de PP sejam adotadas a seu favor.

No caso do Brasil, o tema ganhara impulso no final dos anos 80. Ao longo desses anos, recuperaram-se as bases do Estado federativo, época em que estudos sobre a redemocratização do país e as novas formas de gestão do orçamento público – presentes na reforma constitucional de 1988 – vieram à tona. A autoridade dos governadores e prefeitos voltou a ser baseada no voto popular direto.

Souza (2007) destaca principalmente três aspectos motivadores que proporcionaram maior visibilidade ao assunto no país. Primeiramente, a adoção de políticas de restrição a gastos que seriam implementadas não apenas no Brasil, mas em boa parte dos países em desenvolvimento, desde os anos 90, que impulsionariam uma gama de estudos para aprimorar a dinâmica e a gestão das políticas públicas, que propiciaram novos moldes, tanto econômicas quanto sociais, que acabaram ganhando maior destaque no cenário nacional.

Em seguida, a substituição do esqueleto keynesianos do pós-guerra pelas políticas restritivas à gastos, as políticas sociais passariam a ter um caráter centralizado ao invés de uníssono. Deste modo o ajuste fiscal implicou a adesão de orçamentos mais equacionados entre receita e despesa, e também as restrições à interferência do Estado na economia e nas políticas sociais.

E por fim o aspecto mais preponderante em relação aos países em processo de desenvolvimento e recém democratizados que ainda não conseguiram solucionar de forma efetiva, a questão de como idealizar pp's eficazes na propulsão do desenvolvimento econômico equalizando a igualdade e a inclusão social da população.

Embora as políticas públicas não tenham, obviamente, capacidade para enfrentar sozinhas os desafios acima referidos, seu desenho e regras, assim como seus mecanismos de gestão, contribuem para o enfrentamento ou o agravamento dos problemas para os quais a política pública é dirigida. A emergência, relativamente recente, da pesquisa em políticas públicas no Brasil e a popularização do tema requerem um esforço para tornar mais claras algumas questões e a ela relacionadas. (SOUZA, 2003, p. 12).

Qual papel cabe aos governos mediante as políticas públicas?

O que vale ressaltar em resposta a este questionamento é o espaço dos governos na definição e implementação das pp's. O Estado não decide sozinho quais pp's que serão implementadas, há uma pressão de grupos de interesse, que se olharmos pela ótica pluralista, exclui aqueles que não estão no poder de participarem do processo decisório, uma visão claramente elitista. Existem funções complexas no processo de definição de pp's, uma vez que participam Sociedades, Estado, sem interferir na autonomia relativa deste último, que faz com que o mesmo tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas (Evans, Rueschmeyer e Skocpol, 1985), porém esta autonomia relativa.

Essa autonomia relativa gera capacidades específicas, as quais, por sua vez, criam as condições para a implementação de objetivos de políticas públicas. A margem dessa "autonomia" e o desenvolvimento dessas "capacidades" dependem, obviamente, de muitos fatores e dos diferentes momentos históricos de cada país. (SOUZA, 2006, p. 15).

Os estudos acerca da temática são realizados como visto acima por diversas correntes de pensamento, não somente pelos institucionalistas. Dentre estas correntes têm-se os neomarxistas, pluralistas, conforme destaca-se no subitem a seguir.

2.1 Histórico acerca das correntes teóricas sobre o Estado e políticas públicas

As mais conhecidas explicações racionais para o advento do Estado atribuem-lhe funções que não deixam antever a formulação e execução de políticas públicas, principalmente as políticas públicas sociais, como moderna e contemporaneamente presenciamos. Vale ressaltar que refere-se à explicações que observam o Estado sob o capitalismo.

Nos anos de 50 e 60, a ciência política americana era envolvida pelos moldes explicativos comportamentalistas (behavioralismo) e pluralista. O modelo pluralista, especificamente, aconselha uma quantidade vasta de trabalhos empíricos sobre pp's, também no Brasil.

De forma um tanto quanto arbitrária, assegura-se que o pluralismo contempla a partilha do poder como um aspecto mais ou menos permanente das sociedades, principalmente as de democracia liberal. Portanto as sociedades são engendradas, sob essa ótica, compostas de múltiplos centros de poder, nenhum soberano ao outro. Esse modelo assume o conceito de grupo de interesse ou grupo de pressão como ferramenta de análise para o processo de *decision-making*.

Para o pluralismo, o poder associa-se a questões específicas, passageiras ou persistentes, estabelecendo coligações entre grupos de interesse na procura de certos objetivos.

O embate política acontece é norteado por diversas questões, como problemas econômicos, morais, religiosos, de raça, de gênero e ademais. Partindo da terminologia da abordagem sistêmica, são as diligências e apoios (*inputs*) dos grupos de pressão que vão traçar as políticas públicas (*outputs*).

O governo e suas políticas são observados como fruto dos inputs oriundos da sociedade. O Estado é avaliado como algo neutro, na qual o ofício é promover a harmonia dos interesses que se relacionam na sociedade, segundo a lógica do mercado (Dahl, 1988, p. 85).

Outra teoria bastante disseminada é o modelo marxista, aceito em graus distintos, conforme a época e o lugar. A exemplo dos EUA, após um período de aproximados 30 anos de ostracismo, autores marxistas travaram interessantes polêmicas com autores pluralistas, por volta da década de 70. De modo também limitado e arbitrário, pode-se inferir que a ótica analítica marxista parte das relações entre classes sociais, economia e Estado.

As relações de classe são em sua essência de poder, designando a ferramenta analítica para a explicação das modificações políticas e sociais.

As políticas estatais aparecem como retrato dos interesses do capital, seja como produto do Estado observado como mero “comitê” destinado a administrar os negócios comuns a toda a burguesia, seja como desfecho da ação de um Estado munido de uma “autonomia relativa”, mas que em “última instância”

Deste modo, apesar de assumirem lados opostos do debate, tanto o pluralismo quanto marxismo, enfatiza a análise voltada a sociedade. Em ambas as perspectivas, a ação do Estado é sempre reação a estímulos procedentes

da sociedade. Contrastando-se a essa perspectiva, em meados década de 80, disseminou-se o modelo analítico neoinstitucionalista. A primeira versão, intitulada *state-centered*, o neoinstitucionalismo repõe o Estado como ponto analítico privilegiado: é ele que passa a explicar a natureza das políticas governamentais.

SKOCPOL (1985), retomando o costume alemão de Max Weber e Otto Hintze, é uma das primeiras autoras a sugerir uma reorientação teórica em relação às abordagens anterior e a experimentar colocar em odem as bases da análise neoinstitucionalista:

Considera, inicialmente, a sociedade civil permanentemente influenciada pelo Estado, devendo este ser concebido como “muito mais que um simples foro em que os grupos sociais formulam demandas e empreendem lutas políticas ou estabelecem acordos” (Skocpol, 1985, p. 83).

A autora parte da idéia geral da autonomia dos Estados, que:

concebidos como organizações que reivindicam o controle de territórios e pessoas, podem formular e perseguir objetivos que não sejam um simples reflexo das demandas ou de interesses de grupos ou classes sociais da sociedade (Skocpol, 1985, p. 86).

SKOCPOL (1985) lança críticas aos pluralistas, indicando que em suas análises os fatores causais determinantes de decisões concretas de políticas públicas entram, muitas vezes, em contradição com suas conclusões teóricas: o conteúdo das decisões públicas supera, em diversos casos, o caráter das demandas vindas da sociedade. Ou seja, os conteúdos dos outputs costumam ultrapassar o dos inputs. Não somente, ela evidencia que ainda nos estudos pluralistas que dispõem certa autonomia de decisão ao Estado, os funcionários estatais são tomados como grupo de interesse desconsiderando o arcabouço estatal na qual se inserem.

A autora lança críticas também aos marxistas, ou mais especialmente os chamados neomarxistas, que concebem o Estado como configurado pela luta de classes, de forma direta ou indireta Logo argumenta:

[...] este teóricos não levam em conta que muitas vezes é o Estado que conforma as classes e a luta de classes. [...] a proposição de uma lógica geral de desenvolvimento político, adotada pelos marxistas e neomarxistas, dificilmente encontra correspondência com

o estudo de casos concretos de políticas estatais (Skocpol, 1985, p. 77).

Conseqüentemente, para o neoinstitucionalismo, o Estado, adverso aos que apoiam os pluralistas e marxistas, não se sujeita simplesmente a interesses localizados na sociedade, sejam das classes ou dos grupos de interesse.

As ações estatais, praticadas por seus funcionários, respeitam à lógica de procurar reproduzir o controle de suas instituições sobre a sociedade, fortalecendo sua autoridade, seu poder político e sua capacidade de ação e controle sobre o ambiente que o norteia.

A burocracia estatal, especialmente a de carreira, assegura políticas de longo prazo diversas das demandadas pelos atores sociais. Suas ações aconselham visões amplas acerca dos problemas que se apresentam. A propensão que a burocracia tem de elaborar e implementar políticas é, em parte, decorrente da autoridade exercida sobre um recurso de poder privilegiado, o acesso diferenciado à informação. Sob essa ótica, as decisões públicas trazem, portanto, a marca dos interesses e das percepções que a burocracia tem da realidade.

O Estado aparece como variável isolada, dotado de autonomia de ação, expressão do “insulamento” da burocracia (Skocpol, 1985). Entretanto, cada Estado tem sua capacidade dada por uma série de requisitos próprios. Tais requisitos são condicionados historicamente: os instrumentos de políticas estatais não são elucubrações de curto prazo, dependem da história de cada nação. O poder político dos grupos de interesse e das classes é dependente em grande parte das estruturas e capacidades do Estado. E somente examinando cada caso isoladamente pode-se apontar o grau de “insulamento” que cada Estado possui.

Esse debate envolve um aspecto crucial, o tema da autonomia do Estado. Os obstáculos contidos na perspectiva *state-centered* são apontados de forma persuasiva por Przeworski (1995), que afere que tal perspectiva só é coerente se o Estado deriva seu poder “exclusiva ou fundamentalmente do monopólio da força física” (p. 67). Concluindo a partir de seu argumenta, tal situação não pode ser generalizada por duas razões: primeiramente o autor

alega que em diversas sociedades há o controle civil sobre os militares, o que derruba a “premissa de que o poder do Estado sempre e em qualquer lugar provém da força física” (p. 67), em seguida, ele sustenta que numa economia capitalista a alocação de recursos é feita por agentes privados, o que acarreta que “a força pode não ser suficiente para governar efetivamente” (p. 67).

Criticando Skocpol, em sua fase *state-centered*, Przeworski aponta as confusões que se dão em torno da idéia de autonomia do Estado. Segundo o autor, não tem sentido falar em autonomia sem basear-se em característica central do Estado o seu monopólio sobre os meios de violência. Neste caso, o que deve descrever a relação do Estado com a sociedade é o termo dominação, sendo assim o autor argumenta que tal distinção não é percebida por Skocpol (1985), ao centrar sua atenção sobre a questão da autonomia do Estado.

Przeworski mostra que o Estado é autônomo quando os governantes têm objetivos próprios e são capazes de executá-los, mesmo contra interesses dos diversos grupos sociais. Assegura, entretanto, que mesmo numa democracia os ocupantes de cargos no Estado – políticos eleitos ou burocratas nomeados – não são representantes adequados do público em nome do qual assumem responsabilidades, por não agirem conforme o interesse dos cidadãos. (p. 77).

Não obstante, seria um erro tomar a autonomia do Estado como algo generalizável. Przeworski apoia que é a partir da análise de casos concretos que vai determinar o papel do Estado e da sociedade na tomada de decisões. Deste modo atesta que “não faz sentido rotular perspectivas pelo que deve ser o resultado de investigações concretas” (p. 71). Com a finalidade de processar tais críticas que o neoinstitucionalismo progride para uma posição mais heterogênea.

De uma ênfase maior no Estado como fator explicativo, apresentada pela visão *state-centered*, numa primeira fase, o neoinstitucionalismo evolui no sentido da amplificação do seu propósito de análise para a perspectiva que Skocpol intitulou de *polity-centered analysis* (1995, p. 41). Nesta segunda fase, o Estado não é observado, a priori, como munido de poder para causar em seu interior suas políticas, conforme seus interesses ou princípios. A perspectiva de analítica *polity-centered* procurar equalizar a função do Estado e da sociedade

nos estudos de caso, entendendo que o Estado é parte integrante da sociedade e pode portanto, em certos casos, ser persuadido por ela em maior grau do que a influencia. Nessa segunda fase da perspectiva neoinstitucional, a averiguação deve compreender instituições governamentais, regras eleitorais, partidos políticos e políticas públicas anteriores, como elementos reguladores dos interesses da sociedade civil, das suas estratégias e objetivos (Skocpol, 1995; Immergut, 1996; Migdal, Kohli e Shue, 1994). Quatro princípios podem ser destacados nessa busca: a efetividade do Estado não depende apenas de seu “insulamento”, porém de como se apresenta sua colocação na sociedade; o desejo de focar não apenas governos centrais, mas também os níveis de governo periféricos; a força do Estado e dos agentes sociais são complementares a situações históricas concretas; por fim, o liame Estado/sociedade não compõe um jogo de soma zero, acarretando a alternativa de que compartilhem os mesmas intenções.

Em trabalho que busca definir as raízes das políticas sociais nos Estados Unidos, Skocpol (1995, p. 41) sugere um *script* de análise para o aprendizado das ps que idealiza quatro aspectos, condensando os argumentos do neoinstitucionalismo *polity-centered*. Primeiramente reforça a autonomia que os funcionários estatais têm em relação aos outros interesses sociais, uma vez que trabalham no sentido de implementar políticas que atendam às suas ideias, às premências de suas carreiras e organizações, entretanto, não quer dizer que possam desprezar os outros interesses sociais, sendo que buscam concordância de interesses. A predisposição que têm de buscar os seus objetivos está intrinsicamente ligada as características das organizações políticas das quais estão inseridos.

Em segundo lugar, inter-relaciona instituições políticas e identidades Sociais, e constata que estruturas e processos políticos induzem identidades, metas e capacidades políticas de grupos politicamente ativos. Aconselha explorar como os fatores políticos e sociais afetam as identidades sociais e capacidades dos grupos envolvidos no jogo político.

Em terceiro lugar, indica que as idiosincrasias das instituições governamentais, dos sistemas partidários e das regras eleitorais afetam o grau de sucesso político que qualquer grupo ou movimento pode atingir, à medida que oportunizam ou impedem, o ingresso dos grupos às decisões públicas.

Essa capacidade alcançar metas políticas independe, portanto, apenas da autoconsciência e recursos de mobilização dos grupos, mas também das conjunturas relativas que as instituições políticas oferecem a certos grupos e negam a outros. Em quarto lugar, ela sustenta que políticas inseridas anteriormente reformam o processo político posterior. “Como a política cria políticas, estas também reelaboram a política” (Skocpol, 1995, p. 58).

Esse efeito *feedback* das políticas apresenta dois aspectos: as novas políticas modificam a capacidade do Estado, alterando portanto as possibilidades administrativas para iniciativas futuras; e, em contra partida, afetam a identidade social, metas e capacidades dos grupos para o jogo político decorrente.

Uma política tem êxito quando incentiva grupos e alianças que defendam sua continuação e expansão. O *feedback* positivo influencia a adoção futura políticas análogas, e o negativo tende a impedir a reprodução de políticas análogas.

É importante versar uma elucidação desse último ponto para a análise das políticas públicas. De acordo com o que foi apresentado, o ideal neoinstitucionalista salienta o papel do Estado e de seus funcionários no esclarecimento das pg. No entanto, uma indagação surge dessa centralidade analítica que o papel da burocracia pública ganha, que é a das causas que motivam as suas ações. No desenvolvimento desse conflito, determinados autores neoinstitucionalistas recobram o papel instrutivo das ideias na elaboração de pps. De acordo com o que foi explanado, *policymakers* assimilam com o sucesso ou insucesso das políticas antecedentes e atuam de acordo com o escopo de ideias que guiam a interpelação das vicissitudes com as quais se defrontam.

Dentre os autores que enveredam por esse caminho está Peter Hall (1993), que, ao estudar a produção de políticas econômicas na Inglaterra, fornece interessantes elementos para explicação da ação da burocracia e contribui para o desenvolvimento do modelo neoinstitucionalista.

Uma característica de qualquer ciência, e portanto das ciências sociais, é a disputa entre as várias perspectivas de explicação dos seus problemas específicos. Tanto ao longo do tempo quanto num mesmo período, há maior ou menor dissenso sobre a abordagem teórica mais apropriada para se adotar.

Logo, um requisito para qualquer analista é se situar entre a variedade de propostas disponíveis. Para o estudo das políticas públicas, especificamente, as políticas de saúde mental temos naturalmente uma variedade de perspectivas de análise, cada qual buscando se firmar perante as outras.

Em grande medida, podemos afirmar que o neoinstitucionalismo busca se consolidar como uma referência teórica contrapondo-se aos modelos pluralista e marxista.

O capítulo subsequente tratará de modo específico das políticas de saúde mental, elucidando conceitos sobre a loucura e as transformações ao longo da história e quais ações tomadas.

3. LOUCURA E AÇÕES PÚBLICAS

A concepção de loucura tem edificações histórias, anterior ao século XIX não existia efetivamente uma idealização da distinção entre razão e loucura. O percurso histórico do renascimento até a idade contemporânea esclarece a excisão da loucura do meandro das experiências sociais. (Fernandes e Moura, 2009).

Ao longo história foi encarada de várias formas: Como falha da natureza, castigo ou dádiva dos deuses, privação da verdade, exacerbação da vontade. E percebe-se que sua história compreende a própria história do surgimento da Psiquiatria.

Diversos autores escreveram ou realizaram pesquisas sobre a institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico, os denominados loucos; um dos principais autores que se tornou referência para essa reflexão é Michel Foucault. Foucault escreveu obras e textos sobre ou relacionadas ao assunto como: a história da loucura (1978); a constituição histórica da doença mental, contido no livro: doença mental e psicologia (1975); o Nascimento da Clínica (2001); O poder psiquiátrico (1997).

De acordo com Stockinger (2007), a loucura na Grécia Antiga era considerada uma manifestação divina, a pessoa em sofrimento psíquico era entendida pela sua excentricidade supersticiosa, ela era considerada dotada de determinada sabedoria profética e transformadora. Neste período não havia

ainda a segregação do louco. O método de tratamento empregado a essas pessoas era pelo sono e incubação nos templos esculapianos, imaginava-se que quando elas sonhavam com o deus dos mortais (Esculápio), da saúde e da medicina e com outros deuses, os sintomas que elas apresentavam poderiam desaparecer.

Na idade média a pessoa que estivesse em sofrimento psíquico, “o louco”, era considerado um “possuído”, eram ignorados e aprisionados pelos significados atribuídos pela religião, como mágicos, perversões sobrenaturais. Essas pessoas definidas como possuídas eram “doentes mentais”; mas como disse Foucault (1975, p. 74), isso foi um erro de raciocínio: “deduz-se que se os possuídos eram na verdade loucos, os loucos eram tratados realmente como possuídos. De fato, o complexo problema da possessão não revela diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das idéias religiosas”.

No século XV, o manual: Martelo das feiticeiras (aprovado pela Universidade de Colônia) descrevia que os loucos, além daquelas pessoas excluídas da sociedade, que não houvesse encontrado razão observável orgânica para seus sintomas, eram considerados tomados por feitiços e demônios. Eles eram julgados por ambição, luxúria, infidelidade e por suas tendências sensuais (STOCKINGER, 2007).

Segundo Foucault, a incapacidade ao trabalho leva os loucos, juntamente com mendigos, criminosos, velhos, agitadores e demais excluídos da sociedade a ocupar o lugar nos antigos leprosários; local que permaneceriam até a morte. Este período corresponde a grande internação (século XVII e XVIII).

A hospitalização não possuía função médica, mas sim de reclusão, pois tinha como objetivo salvaguardar a ordem social; não havia preocupação assistencial com os pacientes causando a animalização destes, que sem cuidados são reunidos em um único espaço, o que provocará movimento de reação interna contra estes internamentos. Deste modo os loucos passam a se distinguir dos demais por sua incapacidade para seguir ritmos de vida normatizada, reforçando ainda mais a necessidade de reclusão e exclusão.

No século XVIII e início do século XIX, inicia-se um novo conceito psiquiátrico, quando os médicos Willian Tuke e Philipe Pinel (considerado o pai da Psiquiatria) empreendem a chamada "humanização dos pacientes", tirando

suas correntes e introduzindo práticas terapêuticas em seu tratamento, tornando o hospital uma instituição médica. Porém esta libertação não é total, pois a busca pela cura levará os médicos a desenvolverem novos tratamentos que acarretará o "acorrentamento mental".

O hospital torna-se um local de diagnóstico e classificação, um lugar onde o saber médico é o único capaz de dizer a verdade sobre as doenças e os métodos de tratamentos a serem utilizados. Aproveitando do seu poder médico, surgem técnicas e procedimentos como: punições, isolamento, servidão entre outros, justificados como importantes na realização do tratamento e da cura.

Os primeiros movimentos de reforma psiquiatria no mundo ocorreram após a segunda guerra mundial e no Brasil, o processo é contemporâneo ao Movimento Sanitário que luta por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, pela defesa da saúde coletiva, pela equidade na oferta de serviço e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas tecnologias de cuidado.

3.1 Reforma Psiquiátrica

“Foi numa época relativamente recente que o Ocidente concedeu à loucura um status de doença mental.” (FOUCAULT, 1975, p. 74). O texto de Foucault: “a constituição histórica da doença mental”, atribui à loucura como fundadora da psicologia.

Para facilitar o entendimento, este subitem contextualiza a problemática da institucionalização/desinstitucionalização, elucida conceitos sobre os movimentos sociais que reivindicaram a reforma psiquiátrica; a construção dos serviços substitutivos e para que se entenda o tratamento na lógica manicomial ainda praticada com as pessoas em sofrimento psíquico pelos recursos humanos dos serviços de saúde fez-se necessário a explanação acerca da constituição histórica da doença mental, articulada com a história do surgimento da psiquiatria.

O termo “lógica manicomial”, a partir da compreensão de Oliveira et al. (2009, p. 34), de que é “o manicômio, historicamente, o local de escolha para o

tratamento psiquiátrico e por ali ter se desenvolvido a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental”. Neste contexto, a pessoa em sofrimento psíquico é excluída e vista como objeto (OLIVEIRA, 2009).

Além da lógica manicomial estar relacionada ao confinamento de pessoas em manicômios, as atitudes estigmatizantes de profissionais e das pessoas da comunidade se relacionar com o usuário dos serviços públicos e privados de saúde mental, também estabelecem elementos institucionais e subjetivos que constituem a perspectiva do modelo do tratamento no manicômio (OLIVEIRA et al., 2009).

No século XVI ao XVII, a medicina interferiu por duas vezes no problema da possessão, visto no item 3, a primeira vez através de J. Weyer a Duncan (de 1560-1640), a pedido dos Parlamentos, dos governos, da igreja católica, contra certas ordens monásticas de práticas da Inquisição. Os médicos tiveram de mostrar que todos os pactos e ritos diabólicos podiam ser explicados pelos poderes de uma imaginação desregrada (FOUCAULT, 1975).

De 1680 a 1740, ocorre a explosão de misticismo protestante e jansenista, desencadeada pelas perseguições do final do reinado de Luis XIV, a medicina é solicitada a interferir pela segunda vez no problema da possessão a pedido da Igreja católica e do governo. Os médicos tiveram de mostrar que todos os fenômenos do “êxtase, da inspiração, do profetismo, da possessão pelo Espírito-Santo” eram causados pelos heréticos, tidos como demonizados ou feiticeiros (FOUCAULT, 1975, p. 75).

Os loucos eram exorcizados em rituais demoníacos, na Santa Inquisição da Igreja Católica, várias dessas pessoas, além dos judeus ou quaisquer outras pessoas consideradas como ameaça a instituição católica, eram martirizadas em tribunais religiosos, quase sempre queimadas nas fogueiras (STOCKINGER, 2007).

A doença mental “não é resultante de um esforço essencial para o desenvolvimento da medicina; é a própria experiência religiosa que, para se apoiar, apelou, e de modo secundário, para a confirmação e a crítica médicas.” (FOUCAULT, 1975, p. 75).

Mais tarde, a contraposição da medicina aos fenômenos considerados pela religião, a crítica foi feita a Igreja Católica “para mostrar ao mesmo tempo,

e de modo paradoxal, que a religião depende dos poderes fantásticos da neurose, e que aqueles que a religião condenou eram vítimas”, ao mesmo tempo de sua “religião e de sua neurose” (FOUCAULT, 1975, p. 75). Neste período a definição da doença mental no modelo positivista já tinha sido alcançada (FOUCAULT, 1975, p. 75).

Desde a medicina grega, uma parte da loucura já era dominada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionavam. Na idade média, os hospitais alojavam, na sua maior parte, como o Hôtel-Dieu de Paris, leitos fechados reservados para os loucos (FOUCAULT, 1975).

Durante o Renascimento (século XV) na Europa (Espanha e depois na Itália) surgem as primeiras instituições destinadas aos loucos, estes são submetidos a tratamentos inspirados na medicina árabe. Neste período de acordo com Foucault (1975, p. 77), até o ano de 1650, a cultura ocidental não repugnou esses tipos de manifestação: a “loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz, parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar”.

Em meados do século XVII, o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão, cria-se em toda a Europa instituições para internação não só dos loucos, mas toda uma variedade de pessoas como: os inválidos pobres, as pessoas idosas que estavam na miséria, os mendigos, os desempregados opniáticos, pessoas com doenças venéreas, libertinos de toda espécie; enfim, seriam internadas todas as pessoas que em relação à “ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração” (FOUCAULT, 1975, p. 78).

As primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra nas regiões de: Worcester, Norwich, Bristol, eram as regiões mais industrializadas deste país. Em 1656 foi fundado em Paris o Hospital Geral, a partir desta data, essas instituições foram destinadas aos pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades, inválidos, doentes ou convalescentes; pessoas que se apresentavam voluntariamente ou eram encaminhadas pela autoridade real ou judiciária foram recolhidas. Foucault (1997) denominou essas macroinstituições de: “A Grande Internação” quando se refere a essas instituições asilares. Era preciso cuidar da subsistência dessas pessoas, pela boa conduta e pela ordem geral.

O objetivo da existência desses hospitais não eram cuidar dos loucos e das demais pessoas que foram alojadas nessas instituições, a assistência era para que essas pessoas não fizessem mais parte da sociedade. Nesses hospitais as pessoas foram forçadas a trabalhar, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar; além disso, a função do trabalho forçado também está relacionada a sanções e de controle moral.

Compreendo a partir de Foucault (1997) que neste período as pessoas incapazes de produzir por qualquer motivo, eram confinadas nestas instituições por não poderem acompanhar o mundo moderno, por não poderem participar de modo ativo na reestruturação da economia.

Para Stockinger (2007), no período do Iluminismo, com a ênfase no racionalismo e a predominância do modelo mercantilista, a exclusão por parte da religião aos loucos e demais pessoas refere-se principalmente a fatores econômicos, ocorre à criação de abrigos para essas pessoas que não conseguiam ter um aproveitamento produtivo para movimentar o mercado. A loucura passou a ser entendida como desrazão, desqualificantes morais eram atribuídos a loucura.

Nas palavras de Foucault que apresento na citação a seguir, ele fez uma avaliação de atribuições que são dadas à loucura, como a descoberta a respeito da mesma que ocorriam de forma progressiva, atribuindo-lhe culpa pelo que seja errado, pelo que seja imoral, pela desrazão; esses atributos que cristalizaram na loucura não fazem parte dela em si, mas é sim o acúmulo histórico, que foi sobrepondo ao longo de sua construção.

Não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre a loucura e todos os “crimes do amor”, que a loucura tenha-se tornado, a partir do século XIX, a herdeira dos crimes que encontram, nela, ao mesmo tempo sua razão de serem, e de não serem crimes; que a loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de agressão. Tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também (FOUCAULT, 1975, p. 79).

Em meados do século XVIII, o louco faz sua reaparição na vida cotidiana da sociedade. Surgem denúncias ao tratamento utilizado nas casas de recolhimentos, repugnação popular a essas instituições, e “crítica econômica das fundações e da forma tradicional da assistência”. O internamento dos loucos torna-se medida de caráter médico, Pinel na França, Tuke na Inglaterra e na Alemanha, Wagnitz e Riel ligaram seus nomes a esta reforma (FOUCAULT, 1975).

Para Foucault (1975, p. 80): “Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento; pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco”.

Pinel, considerado o pai da psiquiatria, em Bicêtre, “libertou os acorrentados”, ele rompeu com essas ligações materiais que reprimiam fisicamente aos loucos. Mas reconstituiu em torno deles um tratamento moral, transformando o manicômio num tribunal assistido por todo o tempo. O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, ridicularizado nos seus erros; o médico exercia um controle ético sobre o louco invés de realizar uma intervenção terapêutica (FOUCAULT, 1975, p. 81).

Foucault (1975) em sua obra, descreve as práticas de tratamento dado ao louco, a pessoa em sofrimento psíquico era submetida à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; tentava-se provar nela impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação.

Leuret submeteu seus “doentes” a uma ducha gelada na cabeça, realizando um diálogo durante o qual os forçavam confessar que suas crenças são apenas delírio. Também neste período foi inventada uma máquina rotatória onde se colocava o “doente” a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. No século XIX essa invenção é aperfeiçoada para um caráter estritamente punitivo, a cada manifestação delirante do doente fazia-se girá-lo até desmaiar; se este não havia se arrependido, era empregado uma gaiola móvel que gira sobre si mesma segundo um eixo horizontal e cujo movimento é tanto mais vivo quanto esteja mais agitado ao louco que estava preso (FOUCAULT, 1975).

Pinel e seus sucessores entenderam esses métodos não mais como terapia fisiológica, mais sim com um caráter puramente repressivo e moral, passaram a aplicar esse recurso quando o louco cometia o que eles elegiam como sendo um erro (FOUCAULT, 1975).

Ora, é a partir deste momento que a loucura deixou de ser considerada um fenômeno global relativo, ao mesmo tempo, por intermédio da imaginação e do delírio, ao corpo e à alma. [...]. Não nos surpreendamos, conseqüentemente, se toda a psicopatologia — a que começa com Esquirol, mas a nossa também, for comandada por estes três temas que definem sua problemática: relações da liberdade com o automatismo; fenômenos de regressão e estrutura infantil das condutas; agressão e culpa. O que se descobre na qualidade de “psicologia” da loucura é apenas o resultado das operações com as quais se a investiu. Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a “filantropia” do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma “liberação.” (FOUCAULT, 1975, p. 82-83).

A loucura para Foucault (1975, p. 83) foi fundadora da psicologia e de toda a sua possibilidade de trabalho: a origem histórica da psicologia “objetiva”, “positiva” ou “científica” fundamenta-se numa experiência patológica.

Foucault (1975, p. 84) complementa dizendo que: “Nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia”. Nesta citação, afere-se que Foucault quer dizer que não foi a psicologia que produziu a verdade sobre a loucura, a psicologia só se apropriou dessa verdade já produzida sobre a loucura para se constituir como ciência.

Para Stockinger (2007) Foi a partir de Philippe Pinel que a loucura passou a ter o status médico de doença, surgindo a psiquiatria. A partir do método de Pinel de identificar as patologias, observá-las, descrevê-las minuciosamente, classificá-las e separá-las, surge a produção e construção do saber e da prática clínica (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A psiquiatria nasce como produto das relações hospitalares e não o contrário. Surge como uma especialidade para tratar dos asilados, os miseráveis, pessoas tidas como libertinas, hereges, bêbados e sífilíticos confinados nos hospitais europeus daquela época (STOCKINGER, 2007).

Pinel criou a primeira modalidade de organização da psiquiatria: o alienismo ou alienação mental, ele começou a retirar do hospital todos os que

não eram considerados enfermos e a dar-lhes outros destinos; para ele somente as pessoas doentes deveriam ficar no hospital, passando a separar as pessoas de acordo com os tipos de enfermidade (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A “alienação mental” foi o primeiro conceito utilizado na medicina para nomear o que então era denominado de loucura. O livro: Tratado Médico-Filosófico da Alienação Mental ou Mania, escrito por Pinel, é um marco na fundação do saber psiquiátrico, esse tratado se tornou fonte obrigatória de consultas e estudos dos psiquiatras por um longo período de tempo. O termo alienação provem do latim alienatio, que significa: separação, ruptura, delírio, estar fora de si, fora da realidade; alienígena, (estrangeiros, que pode remeter a idéia de alguém que vem de fora, de outro mundo, de outra natureza) (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 617).

Nomear alguém de alienado nessa época, conforme os autores acima significaria que esta pessoa estava incapaz de participar da sociedade. Na Idade da Razão, as pessoas que eram identificadas como alienadas eram excluídas do convívio com a comunidade. Para Pinel, “a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio na Razão, O que é paradoxal, pois a Razão é um conceito absoluto. Uma pequena alteração na Razão implica que não existe Razão verdadeira” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 618).

Uma das necessidades de internação de pessoas que estivessem em sofrimento psíquico decorre da probabilidade de que o louco seja perigoso, representando risco para si próprio e para a sociedade. Pinel aconselhava que todos os alienados fossem isolados de suas famílias e de todo o convívio social, estes deveriam estar confinados em uma instituição onde não existissem interferências indesejáveis a observação e ao conhecimento científico.

Compreendo que Pinel acreditava que a subjetividade humana poderia ser observada de maneira neutra como se observa um objeto ou animal em laboratório, para ele a internação de uma pessoa em uma instituição bem-estruturada poderia contribuir para a reorganização da própria pessoa, a própria instituição por si mesma tornar-se-ia a esta pessoa uma espécie de tratamento vigiado e punitivo. Pinel com seu tratamento moral, que consistia

em regras, princípios rotinas, etc. - tinha como “objetivo reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 619).

O sucessor de Pinel, o alienista Jean Etienne Esquirol (1772-1840), contribuiu para a permanência da prática pineliana, prevalecendo em seu pensamento a crença de que o tratamento aos alienados deveria ter como local exclusivo o manicômio. O isolamento de pessoas em manicômios se consolidou não só com o objetivo de experimentar um modelo de tratamento, mas o isolamento dos alienados surge como condição médica necessária (STOCKINGER, 2007).

Jean Antenon, pesquisador das doenças infecto-contagiosas, reforçou essa prática de tratamento que era realizada às pessoas em sofrimento psíquico, dizendo que: “era necessário isolar para melhor tratar” (STOCKINGER, 2007, p. 25).

As instituições na perspectiva de intervenção na lógica manicomial tratam a pessoa em sofrimento psíquico, desvinculando-a de todo o seu contexto social, o objetivo destas no tempo de Pinel era apreender de forma “pura”, “a doença e suas implicações e não o doente o objeto a ser classificado” (STOCKINGER, 2007, p. 25).

Sobre o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, Lancetti e Amarante (2006, p. 219), afirmam que estes “são calcados em práticas de tutela, disciplina, vigilância e controle”. Ainda hoje se pode observar e tem notícias desse tipo de tratamento sendo aplicado em diversos hospitais psiquiátricos do Brasil e do mundo.

Os hospitais não nasceram como instituição à prática de atuação da medicina, estes eram instituições de hospedagem para alojar pessoas. Surgiram como instituições religiosas, filantrópicas, para cuidar dos necessitados, dos mendigos, dos miseráveis. As pessoas que eram alojadas nos hospitais eram pessoas paupérrimas com poucas condições econômico-sociais com variados tipos de doenças (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

3.2 Políticas De Saúde Mental

Pensando-se em políticas mundiais de saúde mental, reportamo-nos a OMS (2001), que procura despertar a consciência do público e dos profissionais para o real ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos.

Por meio do relatório sobre a saúde no mundo, realizado em 2001, a OMS analisa o âmbito da prevenção, disponibilidade de tratamento e os obstáculos a ele, traçando dez recomendações para ação em saúde mental, como, proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicotrópicos; garantir atenção na comunidade; educação em saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; formar recursos humanos; criar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade e; dar mais apoio à pesquisa. Frente a isto, coloca-se pela OMS (2001) três cenários para a ação em saúde mental, onde o Cenário A seria o de países economicamente mais pobres (com recursos ausentes ou limitados), sendo necessário neste contexto treinamento de pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais nos serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais.

O Cenário B o de países com nível moderado de recursos, sendo necessário neste contexto o fechamento dos hospitais custodiais para doentes mentais e integrar a atenção em saúde mental na atenção de saúde geral.

E, o Cenário C o de países que tem mais recursos, devendo ser enfocado nestes países o aprimoramento no manejo de transtornos mentais na atenção primária de saúde e o acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços comunitários de atenção.

Particularmente no Brasil, frente aos avanços existentes na legislação vigente do setor saúde, faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental, fundamentado em uma nova ética setorial, em uma política de saúde mental que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços (TUNDIS; COSTA, 1997).

Por volta do início dos anos 70 inicia-se a transformação do referencial de atenção e gestão nas práticas de saúde, uma sucessão ao “movimento

sanitário” em prol da melhoria destes modelos, garantido o amparo à saúde comunitária, igualdade na oferta dos serviços, e reconhecimento dos trabalhadores e usuários enquanto agentes efetivos da criação e gestão de tecnologias assistivas a estes pacientes especiais. (BRASIL, 2005).

3.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Houve um marco em 1978, no movimento social pela garantia ao direito dos pacientes psiquiátricos no país. Surge o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), composto por trabalhadores inseridos no movimento sanitário, associações de familiares, membros de associações de profissionais e pacientes com histórico longo de internações. A partir deste período, por garantia do MTSM, que eclodem denúncias da violência sofrida em hospícios, do comércio da loucura, da preponderância de uma rede particularmente mercantilista de auxílio, e a idealização coletiva de que o modelo do saber psiquiátrico hospitalocêntrico necessitava de reformulações severas referentes a forma como eram tratados os indivíduos considerados loucos. (BRASIL, 2005).

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Isso deu-se por meio da vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em vários estados, da chamada 'co-gestão' dos hospitais psiquiátricos do país, e da eleição, alguns anos depois, de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República. "Nesse período, o movimento sanitário se confunde com o próprio Estado" (AMARANTE, 1995). Naturalmente, as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de apostarem no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública.

Se, no plano das formulações oficiais, diagnosticou-se com acuidade a prevalência nociva do modelo asilar e custodial, bem como seus determinantes econômicos e políticos, as ações concretas não resultaram em mudança significativa (LEAL, 1997). As iniciativas foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, reforma do asilo e

ambulatorização "não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar" (Delgado, 1992, p. 50).

Neste período, a discussão sobre os direitos dos pacientes permaneceu limitada à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais a ampliação do direito à saúde como questão político-social. Ainda assim, com as intenções reformadoras dominando as diretrizes e iniciativas oficiais, produziram-se as condições para o amadurecimento de outra perspectiva.

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, atenção aos portadores de transtornos mentais foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. A oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país e deixou vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

Foi em março de 1986 que surgiu o primeiro CAPS no Brasil, cediado na cidade de São Paulo. No ano seguinte houve em Bauru/SP o II Congresso Nacional do MTSM, que aderiu o *slogan* "Por uma sociedade sem manicômios". (BRASIL, 2005).

Houve diversos processos de interdição de manicômios por todo o país nos anos seguintes. Um caso que repercutiu nacionalmente, foi no ano de 1989 na cidade Santos/SP, que a Secretaria Municipal de Saúde interditou um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, por acusação de maus tratos e óbitos de enfermos. Deste modo pôde-se perceber que o modelo vigente era falho e havia uma necessidade iminente da criação de uma rede de cuidados que substituísse o hospital psiquiátrico. Foi construído então o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) na cidade de Santos que operava 24 horas. Como resultante foram criadas casas para os ex internos, cooperativas e associações (BRASIL, 2005).

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Essa Portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar; podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.

A Portaria GM 224/92 proíbe a existência de espaços restritivos e exige que seja resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes.

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS; e as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005).

A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

A Portaria 106 propõe as Residências Terapêuticas como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, sendo que a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica será reduzido ou descredenciado do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital.

É somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social.

A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, esse evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

A Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Em 2004 foi realizado em São Paulo o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Em fevereiro de 2005 a Portaria nº 245 destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006 instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. E a Lei 11343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Discorrendo sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, Amarante (2003), fez crítica acerca do entendimento de alguns autores sobre o processo de reforma psiquiátrica. Muitos desses autores a compreendem como uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico; outros autores compreendem a reforma psiquiátrica a partir do processo iniciado por Basaglia (1985), descuidando-se da clínica privilegiando apenas a relação e as transformações sociais e políticas. Amarante (2003, p. 47) defende “uma concepção de reforma psiquiátrica que transmita o sentido de superação da idéia de metamorfose, [...] que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico”.

Assim, para Amarante (1995) a estratégia de organização de serviços de saúde mental vai ao encontro desta nova proposta, que enseja condições que conduzam à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária. A referida estratégia vem disseminando-se desde a implantação da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, que incentiva o atendimento ambulatorial ou extra-hospitalar que deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados, nos Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial... (PARANÁ, 1999).

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, surgem as Portarias nº 336 de 19 de fevereiro de 2002; nº 189 de 22 de março de 2002 e a nº 305 de 03 de maio de 2002, as quais vêm complementar a anterior, onde estabelecem que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II E CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e classificam os tipos de atendimentos para os indivíduos que estão inseridos nos Centros de Atenção Psicossociais (BRASIL, 2002).

Em relação ao atual contexto em que se apresenta a saúde mental no Brasil, para Dimenstein e Liberato (2009) atualmente, vive-se um novo momento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, está ocorrendo a diminuição das internações psiquiátricas e consultas ambulatoriais convencionais. 63,35% dos recursos do

SUS estão sendo destinados às ações extra-hospitalares. Nos últimos 5 anos houve diminuição do número de leitos psiquiátricos e uma mudança no modo de administrar os hospitais havendo a redução daqueles de grande porte (com mais de 400 leitos). Em 1991 as internações psiquiátricas consumiam a maior parte das verbas de internações do SUS; os leitos para pessoas em sofrimento psíquico ocupavam 20% da capacidade hospitalar instalada no país; a taxa de re-internação era considerada altíssima: 70%. Dos 90 mil leitos psiquiátricos do SUS, cerca de dez mil eram remunerados sem estarem ocupados, serviam para internações fantasmas. A partir deste período foram desativados mais de 50% dos leitos; o tempo médio de internação caiu de 100 para 40 dias e a taxa de mortalidade teve uma redução significativa (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

De acordo com dados estatísticos do Ministério da Saúde, analisando a desospitalização no Brasil, em 2001 havia 52.962 leitos em hospitais psiquiátricos, no ano de 2009 foram reduzidos para 35.604. Em 2001, havia 246 hospitais psiquiátricos de grande porte (com até mil leitos), no ano de 2008 esse número reduziu para 205 hospitais psiquiátricos em funcionamento em nosso país (BRASIL, 2009a).

Sobre os movimentos contrários a reforma psiquiátrica no Brasil, como: A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais; a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), essas instituições resistem à extinção dos manicômios, se posicionam contra resoluções internacionais e experiências bem sucedidas de desinstitucionalização que ocorreram em outras partes do mundo (NABUCO, 2006).

Corroborando com esses movimentos, Martines e Silva (2007) consideram que os hospitais para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico são extremamente necessários, principalmente para atender os denominados de “oligofênicos”. Estes autores defendem que haja uma “política” não para a desinstitucionalização propriamente dita, mas uma “política” de desospitalização.

Neste movimento dos contrários a lei da reforma psiquiátrica, recentemente Gullar (2009) publicou um artigo na Folha de São Paulo intitulado: "Uma lei errada: Campanha contra a internação de doentes mentais é uma forma de demagogia". Neste artigo o poeta brasileiro cita sua

experiência familiar relacionada aos seus dois filhos que utilizam o serviço prestado pelo hospital psiquiátrico, Gullar se mostra contrário a Lei nº. 10.216/2001. E, finaliza o artigo com a frase: "É hora de revogar essa lei idiota que provocou tamanho desastre" (GULLAR, 2009, p. 3).

Para que ocorra a reforma psiquiátrica de acordo com o que propõe a desinstitucionalização de Rotelli e Mauri (1990), é preciso "estabelecer rupturas com conceitos tais como o de doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica" (AMARANTE, 2003, p. 60).

Os serviços substitutivos como os centros de atenção psicossocial, devem ser um "serviço inovador", um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar e compreender a pessoa em sua vida, compreender o sofrimento psíquico delas, assim, construir novos conceitos, novas formas de inventar a vida e novos modos de realizar a promoção de saúde mental no território (AMARANTE, 2003). O termo território neste sentido e no meu trabalho científico está sendo entendido de acordo com a geografia humana e política, sendo o território "a construção da base material sobre a qual a sociedade produz sua própria história" (SANTOS, 2002, apud AMARANTE, 2003, p. 60).

3.4 Os serviços substitutivos – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço substitutivo de saúde mental, antes denominado de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) surgiu no Brasil em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (o CAPS da Rua Itapeva). Este serviço é regulamentado pela portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) que busca organizar a assistência nos serviços substitutivos.

O funcionamento e a complexidade dos CAPS foram ampliados, para dar atendimento integral às pessoas que estão em sofrimento psíquico, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, para substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social e das famílias de quem está em sofrimento psíquico. Esse serviço de promoção da saúde mental deve acolher essas pessoas, promovendo a integração social e familiar, auxiliá-las na busca de sua

autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico; buscar integrá-las ao ambiente social e cultural, inseri-las na comunidade em que residem (BRASIL, 2002a).

Os CAPS diferenciam-se pelo seu porte e clientela sendo: CAPS I, podendo ser implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, podendo ser implantado em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, podendo ser implantado em municípios com população acima de 200.000 habitantes; Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (CAPSi), podendo ser implantado em municípios com população de cerca de 200.000 habitantes e; Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad II), podendo ser implantado em municípios que tenha população superior a 70.000 habitantes (BRASIL, 2009c).

Os profissionais e a estrutura dos CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar preparados para o acompanhamento dos usuários que participam de modo intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Define-se como atendimento intensivo: o atendimento destinado aos usuários que, devido ao seu quadro clínico atual, demandam acompanhamento diário; atendimento semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que precisam de acompanhamento freqüente, de acordo com o seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; atendimento não-intensivo é o atendimento que, de acordo com o quadro clínico da pessoa, o atendimento pode ter uma freqüência menor (BRASIL, 2002a).

3.4.1 Serviços residenciais terapêuticos (SRTs)

Os serviços residenciais terapêuticos, ou residência terapêutica, ou simplesmente "moradia" são importantes dispositivos legais do Ministério da Saúde para a promoção e efetivação da desinstitucionalização em nosso país, apesar de ser uma experiência recente.

No início dos anos 90, experiências de sucesso nas cidades: Campinas, Ribeirão Preto, Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre

(RS) demonstraram a efetividade no processo de reinserção de pessoas em sofrimento psíquico na comunidade (BRASIL, 2010b).

Estas experiências serviram como subsídio para a elaboração da PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos; definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, que deverão ser casas de cuidado às pessoas que estejam em sofrimento psíquico e que sejam egressas de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares (BRASIL, 2000).

As residências também podem acolher egressos de internação de Hospital de Custódia, pessoas que estão em tratamento psiquiátrico; usuários do CAPS que tenham problemas na moradia e moradores de rua que estejam em sofrimento psíquico severo, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2002a).

A cada transferência de uma pessoa do hospital psiquiátrico para o SRT deverá haver a redução de igual número de leitos no hospital de origem (BRASIL, 2009d), realocando o recurso da AIH (recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao usuário e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000).

As residências terapêuticas devem ser de natureza pública; mas dependendo do critério do gestor municipal/estadual de saúde, esses serviços poderão funcionar em parcerias com organizações como ONGs de saúde, de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, devendo sempre estar supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental (BRASIL, 2000).

Há dois grandes tipos de residências terapêuticas que são: SRT I, o suporte desta moradia busca a inserção dos moradores na rede social existentes: trabalho, lazer, educação, etc. Este é o tipo mais comum de moradia, onde é necessária apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores) (BRASIL, 2002b).

Já no tipo de SRT II, Em geral, são cuidadas pessoas que necessitam de cuidados intensivos (monitoramento 24hs), pessoas idosas com alguma

doença ou dependentes físicos. É trabalhado a reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dessas pessoas na rede social existente. Este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento (BRASIL, 2002b).

O objetivo central de implantar residências terapêuticas é a moradia, o morar, o viver na cidade. Tais residências não devem ser compreendidas precisamente como serviços de saúde, devem ser entendidos como espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. Essas moradias devem possibilitar que seus moradores tenham seu quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para servir o seu café, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher à hora do banho e de levantar da cama, entre outros (BRASIL, 2000).

No máximo cada residência deve abrigar oito pessoas, podendo ser até três pessoas por dormitório, além de ter que contemplar cômodos que seriam necessários em qualquer residência. Cada morador de residência terapêutica deverá ter projeto terapêutico individual que contemple a singularidade, a inclusão social e o direito a cidadania (BRASIL, 2002c).

O cuidador que trabalha em SRT deverá agir como um facilitador às pessoas moradoras da residência, auxiliá-las em tarefas do dia a dia como: no pagamento de contas, na inclusão profissional, na administração do próprio dinheiro, na inclusão na comunidade, etc. Esse auxílio prestado pelo cuidador deve sempre buscar promover a independência dos moradores, na tentativa de que estes consigam gerenciar suas vidas, os levando a sua inclusão social, podendo exercer seu papel de cidadão com direitos e deveres a serem respeitados (BRASIL, 2002b).

“Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade”. (BRASIL, 2004, p. 1).

Este novo modo de pensar o tratamento destinado às pessoas em sofrimento psíquico é confirmado pelo relato de um morador de SRT: "Uma casa... é o habitar da cidade. É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar... para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!" (BRASIL, 2004, p. 13).

Tabela 2– Residências Terapêuticas por UF.
(Brasil, 2011)

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação. O processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio.

Em 2011 avançamos principalmente nos estados em que não havia SRT implantados. Os estados que descredenciaram leitos em hospitais psiquiátricos também ampliaram seus dispositivos.

3.4.2 O Programa De Volta Para Casa

O Programa De Volta Para Casa disponibiliza uma ajuda de custo às pessoas que estejam em sofrimento psíquico egressas de longo período de internação psiquiátrica (superior a dois anos ininterruptos em hospitais psiquiátricos ou de custódia). Os documentos que regulamentam este Programa são: Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.

O programa tem como objetivo a inserção social das pessoas que estejam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, possibilitando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, que facilitem o convívio social, assegurando o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania. O foco do programa são as pessoas que estejam em sofrimento psíquico relacionados às psicoses, depressão, dependência química, entre outros (BRASIL, 2003a).

Atualmente, o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial do “De Volta Para Casa” é de R\$ 320,00, com duração de um ano, podendo ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa: CAP-SES e CAP-MS. O auxílio ajuda as pessoas no retorno à moradia com sua família, em repúblicas, ou em residências terapêuticas. O benefício é depositado diretamente em conta bancária aberta no nome do usuário; mesmo nos casos em que a pessoa não tenha autonomia, a conta é aberta em nome do beneficiário, com a ajuda de um representante legal. O usuário recebe o auxílio até conseguir ter sua independência através de um trabalho (BRASIL, 2009b).

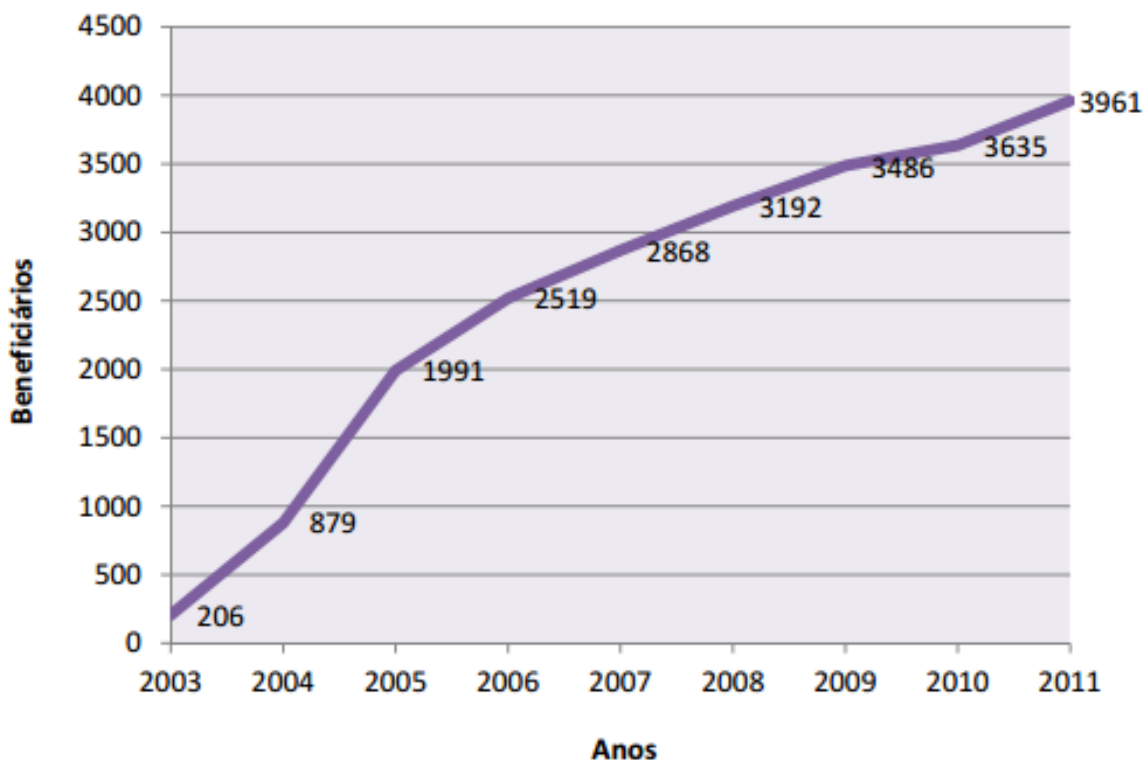
Para aderir ao programa é necessário que o município tenha atendimento básico em saúde mental. A equipe de saúde do local que irá aderir ao projeto também deverá realizar uma avaliação acerca da demanda do município (BRASIL, 2009b).

No Brasil, atualmente 3346 pessoas são beneficiadas com o Programa De Volta Para Casa (BRASIL, 2009b).

O CAPS III funciona 24 horas, realiza acolhimento noturno, funciona aos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação. A permanência de uma mesma pessoa no

acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias (BRASIL, 2002a).

Gráfico 1 -Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF
(Brasil, 2003 –2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS/Datasus

Em relação ao número de moradores de hospitais, o PVC apresenta evolução tímida, porém, os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial que marcam o final do ano de 2011 fazem do Programa um potencial instrumento no campo da reinserção social e resgate de cidadania de pessoas ainda em situação de internação de longa permanência. Em fevereiro de 2012 o Programa de Volta Pra Casa alcançou mais de 4 mil beneficiários em folha de pagamento . Os processos de fechamento de hospitais, em especial nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuem de forma significativa para o aumento de beneficiários cadastrados no Programa.

4. O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Os Centros de Atenção Psicossocial dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007). Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses

serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele (Terapeuta de Referência - TR) (BRASIL, 2004).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual. Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações.

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: atendimento Intensivo; atendimento Semi-Intensivo e atendimento Não-Intensivo.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Todas as ações e atividades realizadas no CAPS devem se estruturar de forma a promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) em relatório sobre a atuação dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial fala sobre as principais dificuldades enfrentadas no trabalho nos CAPS.

Dentre os principais problemas apontados pela pesquisa estão: a ausência de políticas locais (estaduais e municipais) e de investimentos nos CAPS e nos equipamentos de saúde mental; dificuldades na articulação com o Ministério da Saúde; em algumas regiões os municípios ainda estão com muitas dificuldades em implantar e administrar os Centros; a falta de recursos; a permanência de um modelo de atenção centrado na figura do médico; resistência por parte de alguns psiquiatras, que se posicionam como contrários ao movimento da Reforma Psiquiátrica por medo de perder espaço; a dificuldade de realizar atividades extramuros.

Em todos os relatos da pesquisa a questão da desarticulação ou mesmo inexistência de uma rede ampliada de atenção aos usuários dos CAPS foi apontada como uma das grandes dificuldades do trabalho neste contexto. Enfrenta-se a falta de integração entre os serviços existentes; dificuldades na atribuição das competências e atribuições de cada unidade de saúde; ausência de uma rede articulada (uma estratégia utilizada para o encaminhamento é o

uso das relações entre os profissionais das diferentes instituições). Para o CFP (2009) os relatos indicam que o CAPS é referência para outros serviços, porém há muita dificuldade de que estes serviços funcionem como referência para os CAPS.

A ausência de uma rede de serviços de atenção a saúde mental da criança foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em CAPS infantil. Problemas também foram relatadas especificamente no atendimento a usuários de álcool e drogas, como por exemplo a falta de uma rede de suporte para internação dos casos que necessitam de internação para desintoxicação em hospital geral (CFP, 2009).

Em alguns CAPS falta estrutura física adequada, recursos materiais, recursos humanos. A falta de acessibilidade nos locais onde estão alguns CAPS, dificulta a locomoção de pessoas portadoras de algum tipo de necessidade especial. Além disso, há locais que não são adequados para garantir a qualidade dos atendimentos (CFP, 2009).

A não adesão ao tratamento e às atividades oferecidas pelo serviço aparece como um desafio que necessita ser superado. Existem ainda as dificuldades relativas aos familiares e à sociedade. É preciso orientar constantemente as famílias para que essas possam auxiliar na continuidade do tratamento. Há ainda a questão do estigma associado aos transtornos mentais e aos preconceitos que circulam na sociedade relacionados aos portadores de problemas de saúde. A cultura “hospitalocêntrica” também é muito forte e se torna um desafio para os profissionais que atuam em CAPS.

Segundo Prazeres e Miranda (2005) (apud Moura e Fernandes) os profissionais da saúde presentes nos serviços substitutivos ainda carregariam consigo os mesmos paradigmas das instituições psiquiátricas. Esse fato, segundo os autores, se expressaria em parte através das dificuldades apresentadas em referenciar os usuários para o serviço substitutivo demonstrando a possibilidade de um desejo de permanência por parte do hospital psiquiátrico na posição de poder historicamente construída.

Os principais obstáculos verificados nessa passagem incluem de acordo com Jervis (2001, p. 266 apud Moura e Fernandes, 2009) dificuldades para superação do paternalismo, o recuperado tem dificuldades para encontrar emprego e geralmente há a volta para a mesma dinâmica familiar e social que o levou ao manicômio. As novas políticas em saúde mental devem objetivar bem mais que o fechamento dos manicômios. Devem buscar visualizar e romper com as barreiras impostas pela própria sociedade.

O doente mental, entretanto, enquanto inserido socialmente perderia suas características incompreensíveis à maioria da população na proporção em que sua própria enfermidade fosse parte de um contexto onde seriam respeitadas sua existência e suas razões (Moura e Fernandes, 2009).

Para Alverga e Dimenstein (2006, p. 4) é preciso pensar na reforma psiquiátrica como um movimento social mais amplo, processo de desinstitucionalização do social “onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão”.

A reforma deve buscar, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social e “que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo” de forma a buscar o convívio livre e tolerante com a diferença.

Alverga e Dimenstein (2006) alertam que os primeiros passos para uma real reforma psiquiátrica implicam um imprescindível abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso requer atenção especial para as pequenas amarras responsáveis pela reprodução de valores, preconceitos, atrelados às idéias de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação.

O portador de transtorno mental apresenta formas anticonvencionais de fazer-estar no mundo, sendo parte de uma minoria. A declaração universal dos direitos humanos prevê a ampla e irrestrita aplicação de seus princípios,

entretanto, existe ainda a necessidade da implantação de leis que assegurem direitos universais aos ditos loucos.

Requer-se antes de tudo um abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso exige atenção especial para as pequenas amarras responsáveis pela reprodução de valores, preconceitos, atrelados às idéias de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação. E a real mudança de postura se faz necessária para evitar a simples transposição de atitudes profissionais ligadas ao modelo hospitalar para o modelo de atenção primária.

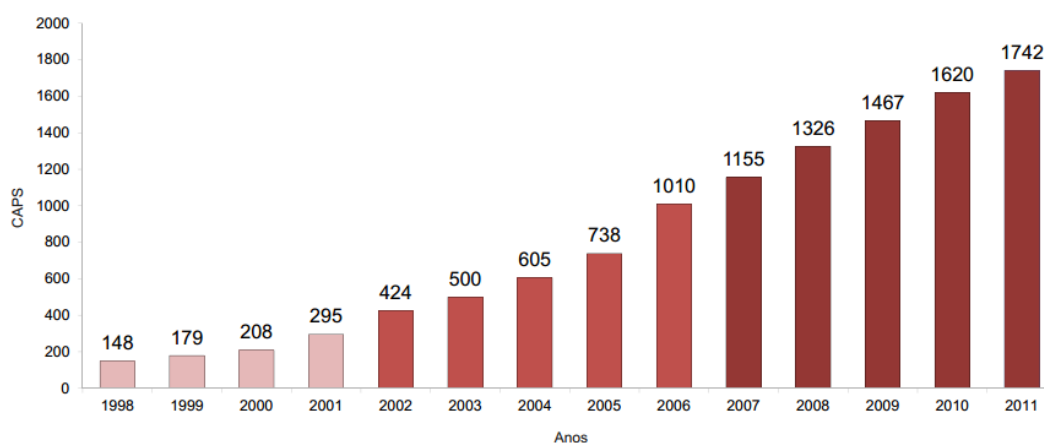
É preciso entender o processo histórico que invalidou a loucura como manifestação subjetiva humana. Deve-se caminhar no sentido de compreender a mesma como uma forma de subjetividade válida, onde o maior desafio da reforma é sua despatologização. O processo de mudança de papéis se dá de forma lenta e gradual, mas os movimentos para tantos já foram iniciados.

5. SAÚDE MENTAL EM DADOS

Rede de Atenção Psicossocial

CAPS por Ano

Gráfico 2 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. Ao final do ano de 2011 o número de serviços chegou a 1742, com a habilitação de 122 serviços durante o ano.

Tabela 3 – Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 -2011)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

A tabela 3 apresenta a evolução dos diferentes tipos de CAPS a partir do ano de 2006. Aqui pode-se observar o tímido crescimento de serviços que possuem funcionamento 24 horas; bem como o daqueles voltados aos cuidados a populações específicas, como crianças e adolescente e usuários de álcool e outras drogas. A tabela nos apresenta também um novo componente da Rede de Atenção Psicossocial: o CAPSad III, serviço destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas que funciona 24 horas, nos 7 dias da semana .

Tabela 4 – Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF.
(Brasil ,2002- 2011)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,26
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O indicador CAPS/100.000 habitantes pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes. A tabela ao lado mostra o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes para cada unidade da federação de desde o ano de 2002.. Em 2011 a cobertura assistencial do país chegou a 0,72 CAPS/100.000 habitantes.

Quadro I - Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes:

Cobertura muito boa (acima de 0,70)

Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)

Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)

Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)

Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Tabela 4 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	226,00	287,35	406,13	541,99	760,47	871,18	1012,35	1.280,60	1.290,70
Ações e programas hospitalares	465,98	452,93	465,51	453,68	427,32	439,90	458,06	482,83	534,25	522,07
Total	619,29	678,94	752,85	859,81	969,31	1.200,37	1329,24	1495,18	1.814,85	1.812,77
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75,24	66,71	61,83	52,77	44,08	36,65	34,46	32,29	29,44	28,80
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24,76	33,29	38,17	47,23	55,92	63,35	65,54	67,71	70,56	71,20
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293,33	30.226,28	36.538,02	40.794,20	46.185,56	49.489,37	54.120,30	62.919,10	67.339,28	78.561,27
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2,19	2,25	2,06	2,11	2,10	2,43	2,46	2,38	2,70	2,31
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293,34	27.181,16	32.703,50	37.145,78	40.750,59	45.803,74	48.670,19	58.270,26	61.965,20	72.332,28
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2,55	2,50	2,30	2,31	2,38	2,62	2,73	2,57	2,93	2,51

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

A tabela 4, informa a evolução dos gastos federais da Política de Saúde Mental durante o período 2002-2011. Especificamente para o último ano, os dados apresentados correspondem a uma apuração parcial das informações

disponibilizadas pelos sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde, tendo em vista que os gestores estaduais e municipais têm prazo até junho/2012 para inserir e/ou corrigir informações de produção através do sistema DATASUS. Até o momento os valores apurados chegam a 2,31 % do Orçamento Total da Saúde. Se considerarmos apenas os Gastos federais com ações e serviços de Saúde (ASPS), o investimento federal em saúde mental em 2011 chega a 2,51% do total gasto pelo Ministério. Ao comparar as informações atuais com o ano anterior,, percebemos uma diminuição no valor total de gastos, porém é necessário contextualizar que em 2010 o Ministério da Saúde pôde contar com recursos extraordinários, decorrentes da Medida Provisória nº 498, de 28 de julho de 2010, que estabeleceu recursos no montante de R\$ 90 milhões para o Ministério da Saúde e R\$ 35 milhões para a Secretaria Nacional sobre Drogas, para ações em saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas.

Apesar de não contar com recursos extraordinários em 2011, ainda assim foi possível aumentar o valor gasto com a rede extra-hospitalar em relação ao ano anterior. Para o ano de 2012 espera-se um aumento significativo do investimento financeiro da Rede de Atenção Psicossocial, por conta do recente reajuste dos valores pagos aos CAPS, da instituição do custeio mensal para os SRTs, da criação de novos dispositivos de cuidado de base comunitária e do investimento para qualificação da rede como um todo.

6. CONCLUSÃO

A parcela populacional que padece de algum transtorno mental, sem dúvida, é uma das mais anuladas socialmente, uma vez que suas redes sociais são reduzidas em comparação as pessoas não afetadas.

Para Fernandes e Moura (2009), o isolamento não é exclusivamente físico, abrange a dimensão social como um entrave que obstrui a mudança de um velho paradigma, para um de necessidade vigente. Manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas alternativas de tratamento. Evidenciou-se também, a dificuldade enfrentada no estabelecimento de políticas novas relacionadas ao cuidado proporcionado ao portador de transtornos psíquicos.

Ainda mais se observarmos os dados sobre saúde mental que de acordo com dados da Agência Brasil, em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mentais ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes.

Dados da OMS indicam que 62% dos países têm políticas de saúde mental, entre eles o Brasil. No ano passado, o País destinou R\$ 1,4 bilhão em saúde mental.

A trama que envolve os processos inseridos na atenção a saúde mental no Brasil, é pedra angular do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede assistencialista de serviços gratuitos, assegurados pelas Leis Federais 8088/1990 e 8142/90, também por normas do Ministério da Saúde que garantem ao portador de transtornos mentais, atendimento em sistema comunitário.

Desde a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), os investimentos são principalmente direcionados a medidas que visam a tirar a loucura dos hospícios, com a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos (principalmente das internações) pelos serviços abertos e de base comunitária.

Em 2002, 75,24% do orçamento federal de saúde mental foram repassados a hospitais psiquiátricos, de um investimento total de R\$ 619,2 milhões. Em 2009, o percentual caiu para 32,4%. Uma das principais metas da reforma é a redução do número de leitos nessas instituições. Até agora, foram fechados 17,5 mil, mas ainda restam 35.426 leitos em hospitais psiquiátricos públicos ou privados em todo o país.

A implementação da rede substitutiva – com a criação dos centros de Atenção Psicossocial (Caps), das residências terapêuticas e a ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – tem avançado, mas ainda convive com o antigo modelo manicomial, marcado pelas internações de longa permanência.

O País conta com 1.513 Caps, mas a distribuição ainda é desigual. O Amazonas, por exemplo, com 3 milhões de habitantes, tem apenas quatro centros. Dos 27 estados, só a Paraíba e Sergipe têm Caps suficientes para atender ao parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes.

As residências terapêuticas, segundo dados do Ministério da Saúde referentes a maio deste ano, ainda não foram implantadas em oito Estados: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Rondônia, Roraima e Tocantins.

No Pará, o serviço ainda não está disponível, mas duas unidades estão em fase de implantação. Em todo o Brasil, há 564 residências terapêuticas, que abrigam 3.062 moradores.

Os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e tecimento das redes de cuidado em saúde mental tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários articulando os recursos existentes em outras redes.

Na construção da rede de apoio deve-se articular todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer.

Apesar das dificuldades os CAPS estão conseguindo interromper os ciclos de múltiplas internações. Pretendem reverter a tendência autoritária das instituições de saúde ao estimular o questionamento dos papéis estereotipados das equipes de saúde e na construção do trabalho baseado em equipes multidisciplinares, sem hierarquia rígida. Existe ainda um longo caminho a ser percorrido, mas os primeiros passos já estão sendo dados com a construção da nova política e dos novos serviços em saúde mental.

Como foi visto ao longo dos capítulos, conclui-se então que “políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”.

No campo da saúde mental, essas diretrizes, ações e procedimentos que mediam a relação do estado com os atores sociais em nossa sociedade, são pensados e direcionados a promoção para uma melhor qualidade de saúde mental no território. (BRASIL, 2003b).

7. REFERENCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 10, n. 20, 2006.

Amarante P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**- Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.

ARRETCHE, M.T.(1995). **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas**. *BIB*, Rio de Janeiro, 39:3-40, 1995.

Os títulos abaixo podem ser obtidos nos arquivos disponíveis para serem baixados no sítio: <http://pvc.datasus.gov.br> :

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília,Ministério da Saúde, 2005.

_____ **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____ **Residências Terapêuticas: o que são e para que servem**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____ **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992**.Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. **Lei 10216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i . Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. **Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003**. Institui o auxílio reabilitação psicossocial - Projeto de Volta para casa. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 245 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 246 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006.** Instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

BRASIL. **Lei 11343 de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um Outro Olhar: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um Outro Olhar: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília: MS, 2007

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Política nacional de saúde mental Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

Disponível em: < http://www.cresspa.org.br/files/u4/11_Pol_SaudeMental.pdf>. Acesso em: 12 agosto 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuário / Conselho Federal de Psicologia, Brasília: CFP, 2010. 46 p.** Disponível em:<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol>. Acesso em: 25 de outubro de 2012.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial/ Conselho Federal de Psicologia.** - Brasília: CFP, 2009.

COSTA, Eliani. **Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermagem psiquiátrica.** 2004. 200f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0409.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

DI GIOVANNI, G. **As estruturas elementares das políticas públicas.** Caderno de pesquisa, Campinas, n.82, 2009.

EVANS, Peter; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, Theda. **Bringing the state back Cambridge:** Cambridge University Press, 1985.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. “Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes”, **Revista Brasileira de Ciências Sociais** 18 (51): 21-30. 2003.

FERNANDES,D. **A Cura da Loucura ou A Loucura da Cura.** Retirada em 19/12/2012.<http://www.geocities.com/daftm/loucura.htm?200819>;

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. **A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II)** in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009 .

Foucault M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva; 1978.

FOUCAULT, Michel. **A constituição histórica da doença mental**. In:_____. Doença mental e psicologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. cap. 5, p. 71-99.

_____. **As grandes internações**. In:_____. A História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978. cap. 2.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

_____. **O poder psiquiátrico**. In: DAHER, Andréa. Resumo dos Cursos do Collège de France. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. cap. 5, p. 47-57.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura. Coleção Primeiros Passos**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FREY, K. Políticas públicas: **um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, 21: 211-59, 2000.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas Para o Trabalho Científico: Explicação das Normas da ABNT**. 15. ed. Porto Alegre: Dáctilo-Plus, 2009.

GELINSKI, C.R.O.G. **Até que ponto os gestores de políticas públicas são permeáveis às demandas da sociedade civil?** O caso da Assistência Social. Trabalho apresentado na disciplina Participação e Democracia, Programa de Doutorado em Sociologia Política/UFSC. Texto mimeografado, Agosto de 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GULLAR, Ferreira. **Uma lei errada: campanha contra a internação de doentes mentais é uma forma de demagogia**. Folha de São Paulo, São Paulo, abr. 2009. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/FERREIRA_GULLAR.doc>. Acesso em: 8 nov. 2012.

HALL, Peter (1998) **“The Movement from Keynesianism to Monetarism: Institutional Analysis and British Economic Policy in the 1970s”**, In STEIMO, S., THELEN, K. e

LONGSTRETH, F. (eds.) **Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Perspective**, pp. 90-113. Cambridge: Cambridge University Press. 1998.

LASWELL, Harold. D.; LERNER, D. **Recent Developments in Scope and Method**. London, 1951.

LASWELL Laswell, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LEVI, Margaret. "A Model, a Method, and a Map: Rational Choice in Comparative and Historical Analysis", In: LICHBACH, M. e ZUCKERMAN, A. (eds.) **Comparative Politics: Rationality, Culture, and Structure**, pp. 19-41. Cambridge: Cambridge University Press. 1997.

LINDBLOM, Charles E. "The Science of Muddling Through", **Public Administration Review** 19: 78-88. 1959.

LINDBLOM, Charles E. "Still Muddling, Not Yet Through", **Public Administration Review** 39: 517-526. 1979.

LOWI, Theodor. "American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory", **World Politics**, 16: 677-715. 1964

LOWI, Theodor. "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". **Public Administration Review**, 32: 298-310. 1972.

LOWI, Theodore J. **Four Systems of Policy, Politics and Choice**. In: Public Administration Review, v.32, n. 4, p. 298-310, 1992

MANGUIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental**. Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MARCH, James G. e OLSEN Johan P. **Democratic Governance**. New York: TheFree Press. 1995.

MELO, Marcus André. "Estado, Governo e Políticas Públicas". In: MICELI, S. (org.). **O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995): Ciência Política**. São Paulo/ Brasília: Sumaré/Capes. 1999.

MELLO, Vânia Roseli Correa. **Políticas Públicas de Saúde Mental**. Santa Rosa, UNIJUÍ, 19 nov. 2010. Palestra concedida aos alunos de graduação e pós-graduação da Unijuí.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PETERS, B. G. **The Politics of Bureaucracy**. White Plains: Longman Publishers. 1995.

PETERS, B. G. **“Review: Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability by R. W. Rhodes”**, Public Administration 76: 408-509. 1998.

REIS, Elisa. “Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas”, **Revista Brasileira de Ciências Sociais** 18 (51): 21-30. 2003.

REIS, E.P. **Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 18(51), 2003.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. In: ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucietec, 1990. cap. 4, p. 89-99.

ROTELLI, Franco; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização: uma outra via**. In: **ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucietec, 1990. cap. 2, p.17-59.

SALES, Mione Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (ORGs). Política Social, Família e Juventude: **Uma Questão de Direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 4-9.

SOUZA, C. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FOCRUZ, 2007.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa**. Caderno CRH, Salvador, n. 39, jul./dez. 2003.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, 16: 20-45, 2006.

WEYLER, Audrey Rossi. **O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco**. Imaginário, São Paulo. a.12, n.13, p. 381-395, jul/dez 2006.

8. ANEXOS

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001.