

Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios

The Restructuring of The Reform in Mental Health Attention in Brazil: advances and challenges

Lucia Cristina dos Santos Rosa*
Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa**

Resumo: Efetiva-se um balanço do processo de reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, identificando alguns avanços e desafios. O presente estudo de natureza teórico crítica teve como objetivo promover um balanço dessa reestruturação, tendo como metodologia o desenvolvimento de um estudo de reflexão teórica. Assumido pelo Ministério da Saúde como uma política pública nos anos 90 teve por principal eixo a cidadania da pessoa com transtorno mental e a reorientação do modelo assistencial. A conjuntura de avanços rumo ao reconhecimento dos direitos sociais, permitiu que vários atores assumissem sua defesa, todavia, identifica-se o anúncio de um novo desenho na correlação de forças desde 2006, orientado por críticas à direção impressa na condução do modelo assistencial, que obteve avanços significativos na expansão dos Caps; redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos e mudanças no processo de trabalho. Mas, o ideário reformista pode ser apropriado por outras forças políticas.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; política de saúde mental; atenção psicossocial.

Bases para a emergência dos movimentos reformistas em Saúde Mental

Os cenários construídos pelas conseqüências da II Guerra Mundial, sobretudo a partir da ação dos nazistas nos campos de concentração imprimiram intensas mudanças nas relações entre os seres humanos, sobretudo no mundo Ocidental. Para evitar que os horrores e as conseqüências desta guerra se repetissem é criada a Declaração dos Direitos Humanos, pela Organização das Nações Unidas, em 1948. O processo de reconstrução nacional e a construção de novas relações entre os diferentes países e as diferentes etnias e pessoas vão impulsionar processos de reforma também na forma de atenção, até então

* Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí.

** Enfermeira. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Docente do Curso de Enfermagem da FACID.

predominante, para as pessoas com transtornos mentais. Novos paradigmas de entendimento das enfermidades mentais emergem, redirecionando o modelo biomédico, centrado na doença, nos sintomas, na ação do médico, no medicamento e na internação para outras dimensões como as relações de poder e a atenção preventiva, comunitária e para a saúde mental.

Vasconcelos (1992) elenca várias pré-condições propiciadoras da emergência de propostas reformistas, no pós II Guerra:

- “escassez de mão de obra” – na saúde parte significativa dos profissionais vão para as frentes de guerra, o que produz uma valorização de todo potencial de trabalho humano, fazendo com que inclusive a força de trabalho das pessoas com transtorno mental seja utilizada na gestão cotidiana dos serviços;
- a guerra em si mesma gera um reforço na solidariedade nacional em função da necessidade, sobretudo, de recuperação dos soldados lesados no conflito bélico e, posteriormente a reconstrução de cada país envolvido no conflito bélico;
- processos de democratização no pós guerra são intensificados, pelos próprios horrores gerados pela guerra, pela coisificação de determinados grupos étnicos. Como desdobramento disto instituiu-se a Declaração dos Direitos do Homem, que passa a assegurar a expansão e consolidação de direitos civis, políticos e sociais para todos os seres humanos;
- implementação de várias formas de *welfare state*, que dinamizam direitos, ampliando cobertura sociais para grupos anteriormente em situação de risco pessoal ou social;
- “alterações nos processo de financiamento e produção de serviços”, que passaram a incitar inclusive programas de desospitalização;
- modificações demográficas – envelhecimento populacional, alterações na estrutura e organização familiar, fatores que dificultam ou mesmo impossibilitam o cuidado doméstico com as pessoas dependentes;
- novas teorias e prática terapêuticas – sobretudo novas abordagens psicológicas e o desenvolvimento de serviços comunitários;
- estratégias de modernização da corporação médica, visando “tornar a psiquiatria mais integrada com o resto da Medicina e de aumentar as possibilidades de trabalho com a clientela de maior renda”;
- desenvolvimento da psicofarmacologia, particularmente na década de 1950, que possibilitou outras formas de controle dos sintomas psiquiátricos.

A primeira proposta reformista em saúde mental emerge na Inglaterra, em 1959, tendo por eixo a proposta de humanização do modelo hospitalocêntrico, que passa a ser analisado a partir de sua estrutura hierarquizada, sobretudo pelas relações autoritárias entre terapeutas e pessoas com transtorno mental. Vale lembrar que tais

relações foram historicamente construídas, haja vista que, o modelo hospitalocêntrico emerge como um lugar biomédico, onde a cidadania esteve suspensa desde o nascedouro, tendo em vista que o

disciplinamento médico dos hospitais contemporâneos constituiu nos “pacientes” a diferença entre o ser político – titular dos direitos e deveres relativos a sua pessoa – e seu corpo biológico – arena onde médico e doença disputam palmo a palmo as células e os tecidos. Desse modo, a hospitalização pôde assestar um dos limites da definição de cidadania, configurando o hospital como um espaço em que o seu pleno exercício entra em regime de suspensão (Antunes, 1991, p.164)

Muito embora desde o nascimento da psiquiatria, no século XVIII Phillipe Pinel tenha concebido que, mesmo em toda irracionalidade do “louco”, haveria um resquício de razão, pelo arcabouço teórico desde então construído a pessoa com transtorno mental passa a ser entendida como uma pessoa incapaz e perigosa, representação que se enraíza culturalmente e ancora o modelo de exclusão social de tal segmento, fundado inicialmente nas formulações da ciência alienista que instituiu o “isolamento terapêutico”, que reforça a perspectiva de exclusão social.

Outras propostas reformistas emergem em diferentes tradições teóricas e formações sócio-históricas, destacando-se entre os países formuladores de uma política oficial de saúde mental: a Inglaterra; a França; os Estados Unidos e a Itália, como aqueles que efetivamente assumiram uma nova modalidade de atenção às pessoas com transtornos mentais.

Desse modo, observa-se que houve uma tendência histórica de institucionalizar as pessoas com transtornos mentais no início do século XVIII, que é modificada em meados do século XX, com vários processos de desinstitucionalização. Tais processos são implementados sob a influência de três matizes, qualificadas por Amarante (1996) como: a) desospitalização: surgida nos E.U.A a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, traduzida como um conjunto de medidas de desospitalização. Amplia a atenção dos serviços fechados para os comunitários, mas reduz a ação a desospitalizar e reduzir investimentos financeiros em saúde mental; b) desassistência: se explicita como um desdobramento da primeira perspectiva que, ao desospitalizar, produz desassistência, isto é não cria novas modalidades de assistência e cuidado, abandonando as pessoas com transtorno mental “à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (p.21) e c) desconstrução: nascida no cerne do projeto reformista italiano promove uma crítica ao saber médico que funda a psiquiatria, colocando entre parênteses a “doença mental”, destacando a “existência sofrimento”, isto é as condições de reprodução

social das pessoas com transtorno mental, a gestão do cotidiano destes segmentos e sua cidadania.

A primeira e a segunda matiz não são excludentes entre si, mas só o movimento histórico, nas diferentes conjunturas e correlação de forças vai dar a direção predominante de cada processo reformistas.

Cenários propiciadores da emergência do Movimento Reformista no Brasil

O Brasil, com a intensa tradição de importação de modelos, em 1852 assume o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental, tendo por marco a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Tal modelo difunde-se pelo território nacional, tornando-se hegemônico. Sofreu poucas alterações no seu transcurso histórico, como a tentativa de sua transformação em colônias agrícolas nos anos 20 do século passado.

A partir do golpe militar de 64 novas mudanças são produzidas, sem alterar a base do modelo assistencial. O Estado passa a massificar a assistência e incrementa um duplo padrão de atenção, remetendo as pessoas desvinculadas da previdência, os denominados até então como indigentes, aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, contratando leitos psiquiátricos e estimulando a construção de hospitais psiquiátricos privados, pelo financiamento com verba pública.

Oficialmente o Ministério da Saúde admite que “os leitos privados passaram a crescer dez vezes mais rapidamente do que os leitos públicos e seis vezes mais rapidamente que o crescimento da própria população brasileira. O doente mental torna-se mercadoria e se vê transformado em fonte de renda” (Brasil, 1990, p.03).

Com o processo de redemocratização emerge o movimento sanitário e nele, também, toda crítica ao modelo em saúde mental em vigor. Paulatinamente, em seu interior começa a ganhar diferenciação o movimento da reforma psiquiátrica, que ganha identidade própria a partir de 1978, no Rio de Janeiro quando “eclodiu a crise da DINSAM - leia-se complexo hospitalar gerido pelo governo federal, que se forjou a partir da luta corporativa dos profissionais que empreendiam ações contra as condições de precarização em suas relações trabalhistas. Essa luta, posteriormente, volta-se contra o modelo assistencial psiquiátrico hegemônico, visto que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nestas instituições.

O Estado, ao responder com a demissão dos integrantes deste movimento, faz com que seus integrantes revejam suas estratégias política. Desse modo, em 1978, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, realizado em Camboriú – SC, um grupo de profissionais denuncia o ocorrido e recebe apoio dos participantes do Congresso. Desse Congresso, sai agendado

para janeiro de 1979 o Encontro dos profissionais de Saúde Mental, em São Paulo. Emerge dessas mobilizações o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, transformado em 1987 no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este movimento inicialmente ganha uma dimensão de contestação e denúncia, relacionadas à violação de direitos humanos das pessoas com transtorno mental; abordagem da loucura como fonte de lucro – “indústria da loucura” – e condições precárias de trabalho em hospitais psiquiátricos. As propostas de ambulatorização da assistência ganham destaque neste período inicial. O Movimento é heterogêneo e, em seu interior, alojam-se tendências distintas, que lutam pela hegemonia. Duas vertentes majoritárias confrontam-se em seu interior. Uma que radicaliza a luta pela extinção da estrutura asilar/hospitalocêntrica/manicomial, tornando-se intransigente ao entender que é impossível trabalhar, defender e assegurar direitos das pessoas com transtorno mental no interior destas instituições, defesa bem evidenciada em frases como “o que foi feito para excluir, não pode incluir”; “a liberdade é terapêutica”. Acredita que é só a partir dos espaços extra-hospitalares que pode ser criada uma nova cidadania para a pessoa com transtorno mental. Uma segunda postura defende a inserção dos profissionais nos espaços asilares/hospitalares e, a partir deles, defende a implementação de mudanças no modelo assistencial. Ambas as perspectivas apoiam-se na experiência italiana, da “tradição basagliana” (Amarante, 1994) que se contrapõe ao modelo biomédico, construindo seu objeto a partir da complexidade da “existência-sofrimento” (Rotelli, 1990) das pessoas com transtorno mental, articulada com os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira em São Paulo em 1987; a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989; a necessidade de oferecer nova resposta à atenção à pessoa com transtornos mentais e a apresentação e o debate público suscitado nacionalmente pelo Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado mineiro Paulo Delgado, constituem marcos que vão dar o tom para mudanças efetivas no campo da produção legislativa e assistencial em saúde mental, no final dos anos 80 e início dos anos 90.

Reforma Psiquiátrica como política do Ministério da Saúde

Muito embora os anos 90 se configurem como um momento de refluxo dos movimentos sociais brasileiros, acompanhado pela assunção do ideário neoliberal, que repercute nas políticas sociais pelo atrofiamento da perspectiva de universalização de direitos sociais, pelo destaque concedido a ações focalistas, paradoxalmente, é nesta conjuntura que a perspectiva de reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental ganha reforços. Tal ocorre a partir da realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, organizada pela Organização Panamericana da Saúde, em Caracas – Venezuela, de 11 a 14 de novembro de 1990 onde o manicômio é

condenado por: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos enfermos; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores (Organização Pan-americana De Saúde, 1990). Tal condenação estrutura-se a partir de quatro eixos: ético-jurídico; clínico; institucional e sanitário.

Em reforço à tendência de reconhecimento da pessoa com transtorno mental na condição de sujeito detentor de direitos em 17 de dezembro de 1991 a Organização das Nações Unidas divulga o documento que trata da “proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência a saúde mental”. Neste texto, dentre as liberdades fundamentais é explicitado o direito ao consentimento para o tratamento, que configura um marco significativo na mudança relacional entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Sintonizado com o debate internacional, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde desenvolve ações em prol da reestruturação da assistência em saúde mental, que se explicita em várias portarias ministeriais. Duas portarias ministeriais, lançadas a partir de 1991/1992 consolidam mudanças no modelo assistencial. Uma delas, a Portaria nº 189/1991 amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental também para serviços de base comunitária. Tal portaria promove profunda mudança, pois, até então, apenas os hospitais psiquiátricos eram financiados pelo Governo Federal. Outra portaria, nº 224/92, institui critérios de controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais especializados, o que redundou em diminuição do número de leitos psiquiátricos na rede pública e conveniada, processo denominado por Vasconcelos (2000) como “desospitalização saneadora”. Com estes dois instrumentos estão dadas as bases de reorientação do modelo em saúde mental, que se aprofunda e se intensifica.

O modelo assistencial em saúde mental vai ingressar no novo milênio em pleno processo de transição de modelos – do hospitalocêntrico/hospiciocêntrico para o comunitário. A produção legislativa e as mudanças assistenciais se encaminham no sentido da consumação de tal tendência, com a diversificação de serviços. Os centros de atenção psicossocial tornam-se o principal equipamento da rede de saúde mental na comunidade, tendo um “papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, 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 sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.” (Brasil, 2004b: p.12). A Portaria nº 106 de 11/02/2000 e 1220 criam os serviços residenciais terapêuticos. Cresce ainda o número

de leitos e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Em 06 de abril de 2001 é sancionada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Com a Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 é criado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria. Tal programa processa vistoria nos hospitais psiquiátricos, com base em vários indicadores de avaliação da qualidade assistencial, que são estabelecidos exatamente para que sejam assegurados padrões mínimos de atenção. Em 2004 o Ministério da Saúde institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS – PRH. “A principal estratégia do Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos (...)) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos)” (Delgado, *et al*, 2007). A perspectiva é de mudar o perfil dos hospitais, priorizando instituições de pequeno porte, baseado no pressuposto de que são tecnicamente mais aptos a prestar um bom atendimento clínico e integrado com a rede comunitária.

O processo em curso, denominado de reforma psiquiátrica, não está materializado em um documento único, formulado como uma política nacional de saúde mental. Suas diretrizes e direção estão dadas nas portarias e através de publicações emanadas da Coordenação de Saúde Mental do Ministério, e na mudança no modelo assistencial, estimulada por incentivos financeiros concedidos pelos órgãos federais aos municípios, a partir da criação dos centros de atenção psicossocial - caps; de ações de redução de danos, dentre outras. É compreendido como um processo político e social complexo, em transição, ainda coexistindo os novos serviços, hegemonicamente de natureza público-estatal 98,6% (Brasil, 2007), com os anteriores, hospitais psiquiátricos, significativamente privados, conveniados com o SUS.

Em 2006 o número de centros de atenção psicossocial criados no país, chega a 1.000 e pela primeira vez na política de saúde mental do país, o montante de recursos financeiros destinados aos serviços comunitários ultrapassam o montante do que era consumido pelos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2007). A reforma psiquiátrica cria e expande o número de caps, assim torna estratégica essa nova visibilidade no ambiente urbano, contrapondo-se ao gigantismo e prepotência do modelo hospitalocêntrico, enraizado no imaginário social do brasileiro há 155 anos. Com o caps o paradigma da atenção psicossocial ganha materialidade através de elementos teóricos, técnicos, ideológicos e éticos para se contrapor ao modelo assistencial historicamente construído pelo paradigma psiquiátrico (Costa-Rosa, 2003, p. 14).

Neste serviço a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais, não a obstinação terapêutica pela cura ou a reparação, mas a reprodução social, a reinscrição dessas pessoas no mundo social. Tratar passa a ser resignificado como “um ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao

mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (Rotelli, 1990, p.33). A “invenção da saúde” e a “reprodução social do paciente” ganham ênfase.

Com estes pressupostos emerge a “clínica ampliada”, “clínica da reforma” ou “clínica do cotidiano”, na expansão posta pela atenção psicossocial que impõe no cotidiano vivencial, os desafios de inserção da pessoa com transtorno mental pelo trabalho, pelo lazer e pelas necessidades do *habitat*, das mudanças dos lugares sociais, como partes do cuidado (Saraceno, 1999). Reabilitação para Saraceno passa a ser sinônimo de cidadania, circunscrita ao

conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador” (...) reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (Saraceno, 1999, p. 112).

Para metamorfosear em práticas os pressupostos supramencionados os trabalhadores em saúde mental são desafiados a se requalificar, pois vão lidar com um campo de incertezas e construção permanente. Terão que ser potentes mediadores, articulares de pessoas, serviços e capacidades. Para se transformar em práticas as ações têm que se desconcentrar das estruturas arquitetônicas tradicionais e dos lugares típicos dos técnicos e ir para os espaços onde a gestão da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental acontece, é por isso mesmo que a lógica do Caps está centrada no território.

Tal caminho se constrói ainda em sua formação profissional como afirma Feitosa (2007), onde a autora destaca a coexistência das contradições entre o ‘velho e o novo’ na formação profissional, constituindo-se o hospital psiquiátrico como central na formação profissional dos discentes. Neste sentido, Feitosa (2007) esclarece que a condução da formação, por seu próprio *locus* prioritário, tem por eixo a patologia, o momento de agudização dos sintomas da enfermidade, haja vista que as ações dos hospitais em termos de reabilitação psicossocial são secundarizadas e em certas circunstâncias inexistentes, a leitura da clínica tradicional predomina. O novo predomina na retórica. Ainda segundo a autora:

Urge uma formação profissional crítica não apenas no discurso, mas com um conseqüente compromisso com o usuário da assistência e com os princípios defendidos em sala de aula. Um aluno crítico e reflexivo não ousaria acreditar nos efeitos de uma formação sustentada apenas em retórica conceitual. Não lhe escaparia a contradição entre as práticas efetivadas e discursos

proferidos. Afinal, há que se superar a distinção entre teoria e prática, rumo à construção de uma práxis, um repensar e enlace permanente entre teoria e prática de determinados contextos históricos e conjunturais que envolvam a todos como sujeitos dos processos de construção de algo novo. Muitas vezes, o que vivenciamos são inúmeras contradições, envoltas muitas vezes em um amontoado de boas intenções, no mínimo inócuas do ponto de vista de uma real transformação (Feitosa, 2007, p.156-159).

No território, uma esfera sempre processual, onde as relações de forças se constroem e se manifestam, inclusive através das identidades atribuídas e construídas, é que as novas possibilidades para a pessoa com transtorno mental serão forjadas, com a mediação das equipes de trabalhadores em saúde. Vários desafios se impõem na construção da nova política e do novo serviço, proposto para transformar a relação entre a sociedade e a loucura.

Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento reformista em curso no país tem como fundamento a transformação cultural e social do imaginário social acerca das pessoas com transtorno mental. Busca construir um novo estatuto social para a pessoa com transtorno mental, parametrado a partir das discussões da cidadania, mas extrapolando-a, posto que não esteja em jogo apenas a igualdade entre as pessoas, mas também o reconhecimento das suas diferenças, para que tal segmento tenha garantido seu poder social e reconhecimento nas relações sociais. Desse modo, um novo lugar social para a loucura é perseguido, fora dos espaços confinados. Mencionado processo se constrói em um movimento histórico de conquista, haja vista que a extensão da cidadania se deu do homem europeu para a mulher e outros segmentos em um crescente processo de arregimentação de forças no empenho pela ampliação de direitos a novos segmentos/categorias sociais.

No caso da pessoa com transtorno mental, desde a instituição do Estado Moderno passou a ter “direito” a serviços sociais, pela custódia do Estado, mas seus direitos civis eram suspensos. Da mesma maneira, até 2006, no Brasil, mencionado segmento, para ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada, tinha que ser interditado, condição revogada em fevereiro daquele ano, através de memorando do Instituto Nacional de Seguridade Social.

A construção da cidadania da pessoa com transtorno mental tem se efetivado de maneira paulatina, mas permeado por contradições, tendo em vista que os fundamentos da cidadania estão calcados no pressuposto da razão, no autogoverno, típico da leitura jus naturalista que embasou a sociedade moderna, fundando as relações sociais com base no contrato, estando dela excluído as pessoas com transtorno mental “por não partilhar da mesma racionalidade burguesa” (Rosa, 2003).

No campo científico assistem-se, sobretudo a partir dos anos 90, os avanços da neurociência e da neuropsiquiatria que apontam para o risco de redução dos transtornos mentais a questões cerebrais, onde o que efetivamente importaria é a rede neural e a bioquímica. O diálogo dos profissionais arrisca permanecer centrado nos neurotransmissores, ficando o contato com o usuário do serviço mais empobrecido. Blazer (2002, p. 129), analisando esta tendência, mostra os riscos de deslocamentos de importância na relação médico-usuário, à medida que “o paradigma para a compreensão das doenças psiquiátricas tem se transferido do ouvir o desdobrar das queixas do paciente para as entrevistas de diagnóstico instantâneo e testes. A história do paciente psiquiátrico é, portanto, menos valiosa”.

Confirmando a tendência de construção de uma relação menos assimétrica entre prestador e receptor de serviços, o Ministério da Saúde lançou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em 2006. A priorização da atenção básica no modelo de saúde brasileiro e as discussões em torno da “clínica ampliada”, caminham juntos com a reforma psiquiátrica, no sentido de um modelo usuário-centrado, pois extrapola o modelo biomédico, ganhando evidência novos processos de trabalho, fundados no trabalho em equipe isto é, não mais centrado unicamente na figura do médico.

As mudanças de gestores em alguns municípios têm afetado sobremaneira as experiências em curso e a direção impressa ao processo, dificultando a consolidação do novo. O livro “Tecendo a rede-trajetórias da saúde mental em São Paulo – de 1989-1996” mostra os avanços consignados pela administração democrático popular da cidade de São Paulo no período de 1989 a 1992, no sentido de implantação e expansão de um modelo assistencial em saúde mental comunitário, participativo e cidadão e o desmonte de tal proposta, ao assumir um novo governo, a partir do qual é dinamizada a reversão da tendência até então em curso, com a implantação do Plano de Assistência à saúde – PAS. Este plano é dirigido por critérios de produtividade, dando respostas imediatas e emergenciais a partir da procura, estando comprometido com a mercantilização da saúde (VIEIRA, *et al*, 2004). Neste sentido, as equipes de trabalho são desfeitas, os serviços precarizados e os projetos, até então construídos, são desqualificados em seus pressupostos e sofrem desinvestimento.

Como afirma Pedro Gabriel Delgado, coordenador da Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde no documento que compila o debate da oficina Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho (2005) o processo de reforma psiquiátrica “embora esteja indo de uma forma aparentemente correta, é um processo frágil, um processo que tem que se sustentar em cada lugar e a cada momento” (BRASIL, 2005, p.87). Além da fragilidade que as mudanças de gestores impõe, a fragilidade ainda está relacionada ao fato da saúde mental não ter uma “verba carimbada”, ou seja, não há no orçamento público uma rubrica específica para investimentos em saúde mental, ficando o gestor

relativamente livre para aderir ou não à política de construção de uma nova forma de atenção em saúde mental. Tem havido esforços para se criar mecanismos de gestão para a inversão desta situação, que depende de decisão da Comissão Intergestora Tripartite. Como afirma Delgado “há uma transição, precisamos ter mecanismos que assegurem um real investimento (...) principalmente, para aqueles recursos que estão saindo dos hospitais psiquiátricos, com a redução contínua e regular dos leitos, de modo a que possam permanecer no campo da saúde mental” (IDEM, p.97).

Por sua vez, como visto, há várias vertentes reformistas no interior do próprio movimento que deu origem ao processo em curso, de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no país, cujas diferenças se intensificam e se aprofundam no final dos anos 90. Como informa Koda (2003) as divergências das diferentes tendências dentro do Movimento da Luta Antimanicomial se materializam em diferentes propostas de modelos de serviços substitutivos.

Desse modo, no novo milênio a direção impressa pela política de saúde mental comandada pelo Ministério da Saúde vai deparar-se com uma série de questionamentos, de diferentes atores.

Uma ala do Movimento da Luta Antimanicomial que, embora buscando uma identidade distinta da política da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que até então a apoiava, começa a esboçar críticas públicas em função de avaliar a existência de um lado de 1) distorções da política oficial implantada, sobretudo através da política de financiamento, e do modelo assistencial hegemônico, destacando-se o que entendem por lentidão do processo de substituição total ao modelo hospitalocêntrico manicomial. Criticam o que chamam de “espaçocentrismos (sejam hospitalocêntricos ou capscêntricos)” considerados homogeneizadores da atenção (DAUD JUNIOR, 2002, p.58) reprodutores da exclusão manicomial. Postulam a democratização dos espaços públicos e gerais, pela atenção das pessoas com transtornos mentais nas unidades básicas de saúde “coexistência do parque asilar hospitalar e manicomial, com os novos modelos substitutivos” visto como gerador de contradições, mantenedor da “cultura manicomial”, impedindo o exercício pleno da cidadania das pessoas com transtornos mentais. É combatida a política governamental de humanizar os hospitais psiquiátricos, em função do entendimento de que com esta política há um reforço ao modelo hospitalocêntrico, o que tornaria “improvável a Reforma Psiquiátrica Brasileira, de caráter antimanicomial” (DAUD JUNIOR, 2002, p. 59). Há um entendimento de que é impossível “humanizar a exclusão”. Para o autor, tal perspectiva seria um pretexto para continuar financiando os “empresários da loucura”.

Por sua vez, a Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, em conjunto com a Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, em resistência a política do Ministério da Saúde, em 2006 lançam as “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”. É importante resgatar os

principais pilares que balizam a resistência à política do Ministério da Saúde no texto supracitado, que subliminarmente deixa evidenciada que há uma perspectiva de se construir uma nova leitura de vários acontecimentos, na perspectiva de construção de uma nova hegemonia.

- Sobre o significado do Projeto de Lei nº 10.216. No bojo do processo reformista tal lei tem sido colocada como um desdobramento, resultado do Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado mineiro Paulo Delgado, e conseqüentemente denominada “Lei da Reforma”. Na avaliação do texto da Associação Brasileiro de Psiquiatria -ABP o projeto supracitado é considerado “antimédico e especificamente antipsiquiátrico” (p.14). Propôs a extinção dos hospitais psiquiátricos, e na leitura do documento da ABP, “a subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à promotoria pública”. Conforme afirma o texto, “O projeto sequer foi debatido no âmbito das Comissões ou no Plenário da Câmara, sendo aprovado em 14 de dezembro de 1990 por voto de liderança. Somente a partir de seu encaminhamento ao Senado Federal o projeto de lei passou a ser efetivamente discutido (...) posicionaram-se pela rejeição do Projeto de Lei” (p. 15). Na mesma página é explicitado que na “justificativa do projeto de lei, rejeitado no Senado, misturam-se conceitos e observações equivocadas, com graves ofensas e acusações descabidas e levianas aos psiquiatras e aos hospitais, equiparando-os a torturadores e seqüestradores”. Neste sentido, na leitura da ABP a lei nº 10.216 não é um prolongamento do Projeto de Lei Paulo Delgado.

- Sobre a natureza do processo de mudança no modelo assistencial, a leitura de que é um processo eminentemente ideológico. Como explicitado na página 22 do documento como “regra geral, os ideólogos e executores da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde não contaram com o suporte adequado das universidades, que de fato foram excluídas das diversas Conferências” (...) “O Governo federal, pela ação equivocada do Ministério da Saúde, não pode se esquivar, (...) de financiar o tratamento dos pacientes acometidos de transtornos mentais, de forma a atender adequadamente as suas necessidades. Forma esta que deve ser estabelecida consultando os resultados dos estudos científicos mais válidos e mais confiáveis sobre a matéria”. Assim na proposta da ABP, há um contraponto entre o ideológico e o científico, como se fosse possível uma ciência neutra.

- Sobre o processo de trabalho em saúde mental. Há uma evidente reação à aparente perda do poder do médico no trabalho em saúde mental, pela desconcentração de seu poder, dividido com a equipe e com os órgãos de defesa da cidadania. Como explicitado, há um entendimento de que os atos médicos são subordinados à equipe multiprofissional e à promotoria pública. Com a substituição do modelo hospitalar para o comunitário há uma clara modificação na forma de organização do trabalho, pois não é só a doença que ganha evidência. O trabalho fora dos serviços, no território de gestão do cotidiano da vida, impõe que não só o médico ganhe destaque nas intervenções, outros

profissionais passam a ter suas práticas valorizadas. Ainda o crescente reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental e a Constituição Federal de 88 que afirma que ninguém deve ser privado de sua liberdade sem ter passado por um julgamento público exige outros entes intermediando a relação das pessoas com transtornos mentais com os serviços de saúde mental e seus profissionais, tal como o Ministério Público, que passa a exercer controle sobre as internações involuntárias. Na página 20 de aludido documento é afirmado que desde “1995 o Ministério da Saúde adota como premissa para a construção do seu modelo de assistência, a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental” (...) Segundo ainda a análise da ABP a “alegação de falta de médicos especializados não procede” (...) O médico psiquiatra vem sendo colocado mais e mais como profissional secundário e prescindível”. Tem sido comum o discurso de alguns profissionais da área da saúde que a reforma psiquiátrica seria antimédico, que estaria desmedicalizando. Mas, é cada vez mais reconhecido o diminuto número de psiquiatras na rede SUS em função da preferência dos estudantes de medicina por outras especialidades, que utilizam tecnologias mais sofisticadas, com maior reconhecimento social e conseqüentemente reconhecimento simbólico e econômico. É cada vez mais comum o acúmulo de funções de um mesmo psiquiatra em diferentes caps em diferentes municípios, sobretudo na região Nordeste do país. Possivelmente o fato da Portaria 336 que regulamenta os caps, definir que a equipe do caps I é composta por um médico com formação em saúde mental, e não necessariamente um médico psiquiatra, tenha produzido a reação acima. Em nenhum dos documentos da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde há a confirmação de que o modelo em curso seria antimédico ou estaria desmedicalizando/despsiquiatrizando, posto que há um reconhecimento da gravidade dos transtornos mentais, do correto diagnóstico e indicações terapêuticas.

- Sobre o modelo assistencial, o documento critica o centramento no Centro de Atenção Psicossocial. Entende que houve uma troca do “modelo hospitalocêntrico obsoleto por um modelo capsocêntrico ineficiente” (...) “praticamente reduzido a ele”. (...) “Na prática, o governo tem investido na desospitalização a qualquer preço” (...) “Além de desospitalizar, o governo parece pretender despsiquiatrizar” (...) “Prevaleceram os interesses ideológico e econômico” (p.21) “O tratamento hospitalar é necessário para uma proporção substancial dos pacientes psiquiátricos, uma realidade clínica que os entusiastas do projeto tentaram ignorar ou negar” (p.32) “O que realmente propiciou uma melhora dos pacientes e parte de sua ressocialização foi o advento dos medicamentos antipsicóticos” Nestes termos, a política implementada pelo Ministério da Saúde é apontada como produtora de desassistência. Parece haver um destaque exclusivo para a importância da medicação, que é importante, mas acompanhada de outras estratégias de reinserção social. Tem havido uma negação do termo reforma psiquiátrica, que implicaria questionamentos nos fundamentos da psiquiatria. A mudança

proposta por uma ala da psiquiatria é do “modelo assistencial” não da psiquiatria. Vale lembrar que na origem do movimento da reforma psiquiátrica, na região Sudeste do país, os psiquiatras assumiam a vanguarda deste processo. Além disso, o coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde é um psiquiatra, vinculado à Associação Brasileira de Psiquiatria, que em seus congressos anuais tem contado com uma mesa redonda sobre a política de saúde mental do governo federal. Além disso, o fundamento biomédico, cartesiano, que embasou o modelo de organização e da atenção da saúde no Brasil tem sido questionado desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, datada de 1986, quando o conceito de saúde sofreu uma ampliação, destacando-se os determinantes sociais do processo saúde doença. Todavia, tem crescido a priorização do entendimento da saúde a partir do controle dos riscos comportamentais, que reforça a visão individualista da determinação da saúde (IPEA, 2006). Então, a reação acima esboçada parece não se limitar ao âmbito da psiquiatria. Há um contra-movimento geral, que acaba por se associar à perspectiva de desinvestimento na área social, que ameaça a direção impressa até o momento para os projetos reformistas. Ademais, sabe-se que mais serviços de saúde e mais profissionais de saúde na rede não significam mais saúde. Esta está relacionada a uma evolução positiva relacionada à área social, abrangendo uma ação intersetorial entre diferentes políticas sociais.

Por sua vez, a gestão do sistema de saúde depara-se com um processo complexo, “decorrente do caráter por vezes pouco preciso da divisão de responsabilidades entre as instâncias de governo” (IPEA, 2006, p. 151). No crescente processo de municipalização, os gestores frequentemente buscam se informar onde o governo federal está investindo novos recursos financeiros, sem uma priorização da construção de uma política focada na necessidade local. Neste contexto, a saúde mental, nem sempre ganha destaque, ficando à mercê das diretrizes nacionais que tem priorizado no orçamento verbas nova apenas para a atenção básica, no qual se poderia supor que estaria envolvida a saúde mental. Mas, nem sempre a ação de qualidade sobre a pessoa com transtorno mental ganha prioridade porque, no geral, é concebido como um investimento com baixo retorno social, porque o processo de reinserção social e o combate ao estigma são lentos, e eleitoralmente, a ação sobre este segmento, no Brasil, raramente entra como “moeda de troca” no processo.

Como visto, crescem as críticas ao modelo assistencial, mas, todos os atores mantêm-se focados na necessidade de mudança. O que está em jogo é a direção do processo. Algumas críticas internas de vertentes do Movimento da Luta Antimanicomial convergem com as críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria, sobretudo a de “espaçocentrismo” ou “capscentrismo” da direção do modelo assistencial, centrado nos Centros de Atenção Psicossocial. Contudo, a ABP mostra a importância da manutenção da atenção em hospitais psiquiátricos, enquanto uma ala do movimento da luta antimanicomial postula a

extinção dos “manicômios” e a assistência da pessoa com transtorno mental na atenção básica. Como pôde ser apontada, a reforma psiquiátrica se depara na contemporaneidade com vários desafios, de diferentes ordens e densidades internas e externas, tendo em vista a regressão da universalização das políticas sociais, o avanço do ideário neoliberal e o refluxo dos movimentos sociais.

Conclusão

Consensos acerca da direção dos processos reformistas mostram-se cada vez mais difíceis de serem alinhavados. Uma nova correlação de forças parece se desenhar, colocando em xeque o que até o momento foi construído como reforma psiquiátrica brasileira. Como um processo historicamente recente, com menos de 18 anos de início, estando em pleno processo de expansão pelo território é difícil mensurar as repercussões da implantação dos caps na vida das pessoas com transtorno mental e de seus familiares, mesmo assim vários processos avaliativos encontram-se em curso, alguns já concluídos.

O que pode ser concluído é que efetivamente, com todas as críticas e contradições típicos de um novo processo, com a implantação dos centros de atenção psicossocial no Brasil evidencia-se a primeira tentativa de substituição do modelo hospitalocêntrico na política de saúde mental do país. Um modelo calcado nos direitos das pessoas com transtornos mentais e na sua reinserção social. Faltam maiores investimentos em pesquisa para se acumular evidências que o modelo em curso está realmente produzindo desassistência em todo país. Sabe-se que muito ainda há por ser feito, sobretudo na capacitação de recursos humanos, no fortalecimento e articulação da intersetorialidade e na diversificação da rede de serviços.

Cuidar da pessoa com transtorno mental exclusivamente na atenção básica, sem criar modelos espaço-centrados seria a solução? É difícil responder a uma questão complexa, de maneira aparentemente tão simplista. Em poucos municípios a atenção básica está suficientemente preparada para acolher e cuidar da pessoa com transtorno mental. Nem todo médico do Programa Saúde da Família se sente seguro para produzir uma ação em saúde mental, como faz, por exemplo, com a diabetes e a hipertensão, situações que realmente podem envolver direta ou indiretamente riscos à saúde ou risco de vida. Diferentemente, do caso do transtorno mental, em que em poucos casos o risco de suicídio ou homicídio se explicita. Há ainda o estigma, que historicamente acompanhou a pessoa com transtorno mental.

A coexistência dos novos serviços com o modelo hospitalocêntrico parece inevitável, em um contexto em que apenas os Caps III, numericamente pouco significativos, mostram-se efetivamente como serviços de atenção à crise, dispensando os hospitais psiquiátricos. Ainda na cultura familiar a visão de alta resolutividade dos hospitais psiquiátricos, expressa na internação integral, até mesmo como um

“alívio” das tensões familiares ainda é muito freqüente. Ampliar a capacitação e inserção dos cuidadores familiares para entender o significado e a extensão do processo em curso, bem como o treinamento em habilidades para manejar o comportamento da pessoa com transtorno mental, é fundamental para o enraizamento do novo modelo. O desafio está posto, em toda sua contradição e riscos.

Abstract: This critical-theoretical study performs an evaluation of the restructuring process of mental health attention in Brazil of ,identifying some advances and challenges.. Promoted by the Ministry of Health as a public policy during the 1990s, this reorganization pivoted around the citizenship of the mentally handicapped and the reorientation of the model of assistance. The conjuncture of advances route to the recognition of the social rights, allowed that some actors assumed its defense, however, identifies the announcement of a new drawing in the correlation of forces since 2006, guided by critical to the direction printed in the conduction of the assistencial model, that got significant advances in the expansion of the Caps; reduction in the number of stream beds in psychiatric hospitals and changes in the work process. But, the reformist ideário can be appropriate for other forces politics.

Key-words: psychiatric reform; mental health policy; psychosocial attention.

Referências

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

_____. *O homem e a serpente – Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital instituição e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*, Rio de Janeiro, 2006. Mimeo. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

_____. *Saúde mental e economia solidária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- COSTA-ROSA, Abílio *et al.* Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. p. 13-19. IN: Amarante, P. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
- DAUD JUNIOR, Nacile. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. P.31-64. IN: BOARINI, M. L. *et al.* *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2002.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. IN: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- FEITOSA, L. G. G. C. *Formação profissional no hospital psiquiátrico: do signo alienista a uma possível (re) significação no contexto da reforma psiquiátrica?* 2007. 173p.: il. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências Humanas e Letras - Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2007.
- IPEA. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. (1995-2005) Edição Especial. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006.
- KODA, Mirna Yamazato. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. IN: Amarante, P. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 67-87.
- ONU. Organização das Nações Unidas. *A proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência em saúde mental*. [S.l.: s.n.]. Mimeografado.
- OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Milão: OPAS, 1990.
- ROTELLI, F. *et. al.* *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SACARENO, B. Libertando identidades: da habilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. – Belo Horizonte: Te Corá Ed.; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

VASCONCELOS. *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

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

VIEIRA, M. C.T. *et al*. *Tecendo a rede – Trajetórias da saúde mental em São Paulo – 1989-1996*. 2ª Ed. São Paulo: Cabral Livraria e Editora Universitária, 2004.