

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

ALDEMIR CAVALCANTE DA SILVA

REDE DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA:
BREVE REVISÃO

RECIFE
2011

ALDEMIR CAVALCANTE DA SILVA

REDE DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: BREVE REVISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

ORIENTADORA: Prof^a. Msc. Petra Oliveira Duarte

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586r Silva, Aldemir Cavalcante da.

Rede de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: breve revisão/ Aldemir Cavalcante da Silva. - Recife: [s.n.], 2011.

47 p.

Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Petra Oliveira Duarte.

1. Saúde Mental. 2. Humanização. 3. Reforma Psiquiátrica. 1. Título.

CDU 614.39

ALDEMIR CAVALCANTE DA SILVA

REDE DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: BREVE REVISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/2011

BANCA EXAMINADORA

Professora Msc. Petra Oliveira Duarte.
Secretaria de Saúde do Recife

Professora Dra. Lia Giraldo da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde mental: reformadores por natureza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família.

Agradeço aos companheiros de sala de aula durante do curso.

Aos colegas da área de saúde mental.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães representado pelos Professores e ao técnico Semente, que participaram de todo processo.

Um agradecimento especial a todos que aqui não foram relacionados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho. Obrigado!

“A única diferença entre a loucura e a saúde mental é que a primeira é muito mais comum”.

Millôr Fernandes

SILVA, Aldemir Cavalcante da. Rede de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Breve Revisão. 2011. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O presente trabalho é uma breve revisão bibliográfica com objetivo de resgatar os componentes do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, relatadas na literatura nacional, apresentando ao leitor os elementos básicos do que é a reforma psiquiátrica brasileira, e levando-o ao conhecimento da atual situação brasileira referente à rede de atenção à saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, humanização, Reforma Psiquiátrica.

SILVA, Aldemir of Cavalcante. Network of Mental Health and Psychiatric Reform: A Brief Review. In 2011. Completion of Course Work (Specialist Management Systems and Services Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

This paper is a brief literature review in order to rescue the development components of the Psychiatric Reform, reported in the national literature, presenting the reader with the basic elements of what the Brazilian psychiatric reform, and taking it to the attention of the current situation in Brazil regarding the network of mental health care.

Keywords: mental health, humane, Psychiatric Reform

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OPÇÕES METODOLÓGICAS / MÉTODO.....	14
3	HISTÓRIA DA LOUCURA	15
4	REFORMA PSIQUIÁTRICA	19
5	REFORMA SANITÁRIA – MODELO ANTECEDENTE À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	23
6	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	25
7	A AÇÃO DO MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO PROCESSO DE MUDANÇA.....	31
8	SURGIMENTO DOS CAPS E NAPS.....	35
9	AVANÇOS E PERSPECTIVAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	39
10	REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade – aproximadamente 200 anos. A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana (BEZERRA Jr., 1995)

Entendemos que a Reforma Psiquiátrica, desencadeada no final dos anos 70, se apoiou em modos de interpretação e em informações críticas que instrumentalizaram o processo de transformação social e política que se configurou através da ação dos profissionais de saúde mental e, posteriormente, dos próprios usuários dos serviços. A cultura crítica emergente seria tributária da cultura formal que era reproduzida nas instituições de credenciamento profissional, lado a lado, ou em contradição com a cultura hegemônica convencional que produzia uma competência técnica que não se comprometia com a crítica aos manicômios, à segregação dos doentes mentais, ou ao autoritarismo no âmbito das instituições psiquiátricas (MACHADO, 2002).

Em 1975, verificava-se que 13% das consultas resultavam em internações, enquanto a Organização Mundial de Saúde estimava o limite em 3%. Outro fato relevante é que tampouco se evitava a cronificação e o *hospitalismo*, já que em 1980 a porcentagem de internações recorrentes chegava a 65% (SANTOS, 1994).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2003, 3% da população (5 milhões de pessoas) sofriam com transtornos mentais severos e persistentes, necessitando assim de cuidados contínuos, 6% a 8% apresentavam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 9% necessitavam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual, levando nesse ano a um gasto de 2,3% do orçamento anual do SUS destinados para a Saúde Mental (BRASIL, 2003).

Neste cenário de grande magnitude do problema, a Reforma Psiquiátrica superou com êxito incontestável sua primeira etapa: O país já se acostumou à idéia de que a profunda mudança assistencial, recomendada pela Lei nº 10.216 de 2001, é sensata, factível e racional. Certamente, ainda temos muitos problemas, mas o caminho está sendo trilhado (BRASIL, 2005).

A área da saúde mental é uma área de pouco interesse pela grande maioria dos profissionais de saúde, por sua história estigmatizante de pessoas consideradas “violentas”. Tal discernimento e falta de sensibilidade de profissionais na assistência a falta de uma rede de cuidados necessários para a sua assistência, promoção da saúde, proteção e reinserção social acarretam em um aumento de transtornos.

A questão portanto, precisa permanecer na pauta de prioridades e no cenário de debates entre profissionais e usuários, para que possamos avançar nas próximas etapas da Reforma.

A presente monografia é uma breve revisão bibliográfica com objetivo de resgatar os componentes do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, relatadas na literatura nacional, apresentando ao leitor os elementos básicos do que é a reforma psiquiátrica brasileira, e levando-o ao conhecimento da atual situação brasileira referente à rede de atenção à saúde mental.

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS / MÉTODO

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica, com objetivo de elucidar a situação atual dos debates em torno da Reforma Psiquiátrica. A seleção de textos na experiência do autor e levantamento nas bases de dados utilizando o descritor “Reforma Psiquiátrica” e nos últimos anos de publicação.

Foram encontrados vários textos publicados nestes anos, dos quais poucos tratam diretamente da questão da Reforma Psiquiátrica, e destes 01 foi excluído por tratar do panorama internacional. Os demais tratam de questões e experiências específicas.

A depender do debate em sua apresentação, o texto pode ser transformado em artigo.

3 A HISTÓRIA DA LOUCURA

Franz Alexander (1978) evidencia que o homem primeiro descobriu as estrelas, depois seu ambiente físico imediato, depois seu corpo e só por último sua personalidade e a sociedade em que vive (atualmente discute-se que o movimento está se invertendo).

Henry Ey (1963) comenta que a psiquiatria (ramo da ciência médica que tem por objeto a “doença mental”) só se constitui na medida em que a noção de doença mental destaca-se nitidamente. Os “problemas do espírito” foram considerados – e ainda o são em certas culturas – como doenças sobrenaturais. Antes de considerar a doença mental – que é um tipo especial de doença, pois altera o homem em seu psiquismo (em sua humanidade), em sua coexistência com o outro e na construção do seu mundo – a medicina armou-se da noção de doença dos órgãos e das funções. A idéia de doença, cujos efeitos são psíquicos além de orgânicos, impôs-se com o decorrer dos séculos, à medida em que a civilização ocidental evoluía no sentido da “liberdade individual”.

Expressão disto é que a psiquiatria nasceu na França, com a Revolução Francesa. F. Alexander adiciona à exposição de H. Ey (1963) que a tentativa de explicar as doenças da mente pela psicologia sempre existiu. O homem aplicou às doenças internas, que exigiam explicações demoníacas, e eram fenômenos não visíveis, o único conhecimento sólido que possuía: o conhecimento de suas próprias motivações, adquiridas através da experiência pessoal subjetiva direta. Mas se o homem era capaz de explicar com êxito seu comportamento normal em termos psicológicos, por que demorou tanto tempo para usar o mesmo e sólido conhecimento da causalidade psicológica para explicar o comportamento anormal? (H. Ey, 1963).

Sabemos – ou pensamos saber – o que fere nossos sentimentos, o que nos agrada, e de que forma nossos objetivos e sentimentos determinam o nosso comportamento. Mas quando o comportamento e os sentimentos tornam-se anormais (com presença de depressão ou euforia sem razão evidente, sensação de medo sem real ameaça ou imaginação de vozes e sons inexistentes) é que precisamos de alguma explicação especial. Para o homem primitivo, a doença mental, como a maioria das doenças, era causada por forças espirituais más. Só recentemente o homem reconheceu que estas forças não estavam fora dele, nem

eram usadas por magias, mas sim por seus próprios desejos, temores, impulsos e emoções que, mesmo excluídos de sua consciência, influenciaram seu comportamento (o que Freud chamou de “repressão”). Ao associar a doença mental às forças psicológicas, o homem pôde perceber que os doentes mentais manifestavam tais conflitos através de sintomas neuróticos e psicóticos irracionais, enquanto que as pessoas ditas normais os manifestavam por meio da imagem dos sonhos. O homem moderno precisou de coragem moral e sinceridade para admitir que, por baixo de sua superfície civilizada e de todas as suas crenças morais e religiosas, ainda abriga os mesmos indomados e indomesticados impulsos sexuais e hostis de seus ancestrais. Como o conhecimento e o tratamento das perturbações mentais exigem o reconhecimento de que a maioria das neuroses e psicoses são manifestações de motivações inconscientes e reprimidas, não é de surpreender que o método psicológico em psiquiatria, a descoberta do eu como algo que exige técnicas especiais de auto-observação e comunicação verbal, tenha sido o último capítulo no pensamento médico (FREUD, 1950).

Podemos estender esse pensamento e essa compreensão para as doenças de manifestação psicossomática. Toda vez que os cientistas, filósofos e psiquiatras aproximaram-se de uma avaliação racional da natureza humana, a humanidade recuou, recorrendo a novas explicações mágicas ou iludindo-se com especulações pseudo-científicas (ALEXANDER, 1968).

Foucault (1993) complementa tudo isso dizendo que, do século XIV ao XVII, os ex-leprosários da Idade Média eram povoados por incuráveis, loucos e pelas pessoas com doenças venéreas (antes elas eram exiladas para terras distantes). Também neste período, o homem descobriu o mar, questionou Deus e substituiu a morte pela loucura enquanto tema. Isso mostra o vazio da existência. O lado animal do homem aparece. A razão tenta esconder a loucura, que é, na verdade, a renúncia ao mundo. A razão do homem não passava de loucura. O saber dos loucos era proibido. Na verdade, os valores morais de outra época é que eram loucos. O século XVII não aceita o louco, pois loucura e insensatez são diferentes. A internação (criação institucional dessa época, nos ex-leprosários) passa a funcionar como um mecanismo social para a eliminação espontânea dos “associais”, aqueles que hoje distribuímos pelas prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanálise. A loucura encontrou aí um laboratório para ser estudada com R. Descartes, que vivia da razão e da observação quando surgiram os primeiros

alicerces da era moderna. Para ele o homem era dotado de “uma substância pensante”, a alma, que não interagira com o corpo. É dele a famosa expressão “*cogito, ergo sum*”. O fato de pensar (ou ter autoconsciência) foi a mais segura de todas as declarações. Era uma experiência com a qual podia se construir um sistema (ALEXANDER, 1968).

Durante os séculos XVII e XVIII já existia a preocupação de entendimento do inconsciente, pois foi neste período, que o homem descobriu sua natureza e seu livre arbítrio. Ele percebeu que não precisava sufocá-los e colocou-os para fora (“os libertinos”- Sade), tentando entendê-los depois, gradativamente (ALEXANDER, 1968).

O Iluminismo (século XVIII) substituiu a tradição e a fé pela crença na razão. A experimentação substituiu a abstração dedutiva nas investigações científicas e médicas. Os loucos foram libertos (PINEL -1793-BICÊTRE). O doente mental saiu da condição de reprovado para a de doente. Surgiram os asilos e a guilhotina (FOUCAULT, 1993).

A reação romântica iniciou-se no século XIX. A razão foi destronada pela redescoberta da profundidade irracional da psique humana. A doença mental passou a ser considerada um fenômeno psicológico (ALEXANDER, 1968). A era moderna (1858/1859) conceituava a doença mental em bases orgânicas. Reapareceu o antigo dilema mente-corpo. A loucura foi classificada: ou era uma afecção orgânica de um princípio material ou uma perturbação espiritual de uma alma imaterial. Para o seu tratamento, foram utilizados o ópio, a sangria, ervas naturais, medicamentos com odores fortes, métodos cruentos, hidroterapia, passeios ao ar livre e a dança. Apareceram também as bruxarias e o espiritismo (métodos mágicos), que ajudaram na compreensão do inconsciente (FOUCAULT, 1993).

O interrogatório de um louco tinha como objetivo final obter uma confissão – o reconhecimento por parte do paciente de sua própria loucura. A confissão tinha duplo valor de identificar a submissão do paciente à vontade do médico e a função catártica. Neste período cresceram os estudos psicológicos e a pesquisa mais acentuada sobre a mente humana (ALEXANDER, 1968).

O conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais é o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade – aproximadamente 200

anos. A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana (BEZERRA, 1995).

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (FOUCAULT, 1978).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica (FOUCAULT, 1978).

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA

As instituições psiquiátricas e sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, que podem ser chamadas de humanizadoras, desde o fim da II Guerra Mundial, em diversos países, especialmente na Europa e América do Norte. A profundidade e amplitude destas reformas variaram, dando forma a paradigmas diferenciados como: a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EUA), a de setor (França) e a Psiquiatria Democrática (Itália) (AMARANTE, 1998).

A ONU elaborou, em 1991, uma carta de direitos bastante detalhada e propositiva afirmando vinte e cinco “princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental” (VASCONCELOS, 1992). Este processo de reforma concretiza-se em diversas iniciativas - mudanças e reorientações - no âmbito dos direitos humanos e das políticas sociais com grande inspiração nas reformas ocorridas, especialmente na italiana, que foi efetivada a partir dos anos sessenta, em relativa sintonia com outros processos europeus (GOULART, 2004; AMARANTE, 1996).

Em sua generalidade, a reforma institucional à qual nos referimos, se expressa igualmente em mudanças discursivas. A opção por referir-se aos doentes mentais como pessoas com problemas mentais ou como portadores de transtornos mentais expressa já uma atitude crítica diante da terminologia médico-psiquiátrica. Sinaliza um esforço de distinção entre o sujeito e seu mal estar, entre o mal estar e a sua patologização (BASAGLIA, 1981, 2000).

Assim, se procura por uma espécie de preservação do sujeito diante do preconceito inerente ao enlouquecimento e sua institucionalização na forma de tradução em uma ocorrência médica ou psiquiátrica.

Sabemos que, com o nascimento das instituições psiquiátricas, onde, antes, havia loucos e alienados, surgem, numa tipologia complexa: psicopatas, psicóticos, esquizofrênicos, paranóicos, neuróticos, histéricos e outros. São figuras de linguagem que brotam do discurso psiquiátrico, do empenho científico de classificação e compreensão e que se convertem não apenas em instrumentos técnicos e metodológicos, mas produzem efeitos culturais e políticos, de alocação de identidade, preconceito e desvalia.

Costuma-se pensar que as expressões reforma e psiquiatria só se tornaram parceiras recentemente. No entanto, elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Sabemos que foram os reformadores da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade (TENÓRIO, 2002).

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: *Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ...Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção.* Ao que Pinel teria respondido: *Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes.* O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma (NOGUEIRA, 2008).

Delgado (1992) observa que as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um desafio reformista, e o fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70 foi outra iniciativa do reformismo no campo da saúde mental no Brasil.

Qual é, então, a novidade deste processo datado que chamamos hoje de reforma psiquiátrica? Ainda segundo Delgado, a marca distintiva está no fato de que, nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica passa então a exigir uma adjetivação precisa, denotando um movimento cujo início o autor situa na segunda metade da década de 1970 e que tem uma característica essencial: no Brasil da restauração

democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita (DELGADO, 1992).

Se esta nova inflexão representa um ponto de partida, ela permite também demarcar em uma definição mínima o que é a reforma psiquiátrica brasileira. A definição proposta por pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) contempla os pontos essenciais e está em consonância com o conjunto da produção teórica do campo:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação políticosocial que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si. Embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos. Para alguns autores (LEAL, 1994; BEZERRA, 1996), isso é o mesmo que dizer que a reforma psiquiátrica não pôde se furtar de enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura.

Outra vertente da reforma (LANCETTI, 1990), porém, considera que uma prática efetivamente transformadora junto aos loucos deve visar justamente à superação do paradigma da clínica. Seu raciocínio é de que, ao operar com a idéia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade.

Bezerra (1994) observa que, se em algum momento esta polaridade assumiu ares de confronto e rivalidade, o amadurecimento do processo concreto de

transformação da psiquiatria levou a que as duas vertentes viessem a operar de forma complementar e solidária.

5 REFORMA SANITÁRIA - MODELO ANTECEDENTE À REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

De acordo com Vasconcellos (2008), uma das questões marcantes do processo de Reforma Psiquiátrica foi sua relação com a Reforma Sanitária. A Reforma Psiquiátrica inicia sua trajetória na mesma linha das formulações propostas pelo Movimento Sanitário, ou seja, orientadas pela responsabilização do Estado e pela reformulação das políticas frente à realidade assistencial da década de 1970, no qual os movimentos apresentavam pautas em comum, o que gerou pontos de interlocução entre ambos.

A Reforma Sanitária, configura-se como um movimento social de peso principalmente a partir da década de 1980, e que, Gallo et al., (1988) referenciaram como sendo constituinte de uma trajetória maior, juntamente com outros projeto econômico-sociais reformadores, que se consubstancia por sua vez em uma série de projetos parciais.

Neste contexto, de abertura democrática do país, a Reforma Sanitária pleiteava a redefinição dos rumos das políticas de Saúde no Brasil, incluindo a universalização da assistência, maior participação social no processo decisório, unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização político-administrativa, responsabilização do Estado na condução das políticas e serviços de saúde (GALLO et al,1988; VASCONCELLOS, 2008).

Para Vasconcellos (2008), o Movimento de Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através de seu projeto marcado pela luta política e ideológica, foi um exemplo de mobilização social que deve grande parte de seu relativo sucesso à sociedade civil. O SUS, com suas premissas universalistas e sua demanda pela responsabilização do Estado, em que ambas estão respaldadas pela Constituição Federal de 1988, constituiu-se como um foco de resistência à hegemonia do pensamento neoliberal, ainda que tenha sofrido seus efeitos.

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. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS, formado pela articulação

entre as gestões Federal, Estadual e Municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005).

6 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O Modelo de assistência psiquiátrica é aqui entendido como um conjunto de medidas práticas preconizadas para a assistência às pessoas com transtornos mentais que são pautados em valores culturais, em crenças e no saber científico. É a relação cambiante e tensa entre o político e o técnico e que contemple, a partir das necessidades sociais, diretrizes políticas e referenciais teóricos, além dos modos de gestão (CAMPOS, 1992). De certa forma, é a compreensão do fenômeno pela sociedade que tem norteado a relação com as pessoas que apresentam conduta social inadequada, definida pela maioria desde os primórdios, como loucas.

Não é objetivo do presente estudo explorar a história da loucura, mas resgatar a visão que a sociedade direcionou a ela ao longo dos tempos e que contribuiu para a construção dos modelos assistenciais. Por isso, a necessidade de fazer uma análise do que é a Reforma Psiquiátrica e suas transformações, para que se possa compreender, discutir e questionar sua atuação em relação as pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, o reporte para parte da história da reforma psiquiátrica brasileira, em especial a trajetória e as propostas pelo qual passou no decorrer dos séculos XIX e século XX.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos Federal, Estadual e Municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Segundo Amarante (1995) apud Rabelo e Torres (2006) a reforma psiquiátrica começou em um contexto onde as discussões sobre as práticas em saúde mental, teve início no final da década de 1970, com o fim da Ditadura Militar brasileira e o início da Anistia Política, considerados momentos importantes para o enriquecimento de idéias de liberdade, justiça e igualdade, fundamentalmente para as minorias excluídas da sociedade. O movimento da Reforma Psiquiátrica elege um novo objeto

que não se refere mais somente à doença mental, mas propõe a construção conjunta de um conhecimento que tente melhor alcançar o sofrimento de alguém junto à comunidade em que vive, e, para isto não há mais um foco somente para tratamento, mas para o indivíduo.

Segundo Nogueira (2008) discutir saúde mental não é apenas questionar os modelos atuais de cuidados para com o indivíduo, mas, inseri-los em contexto históricos, políticos, sociais e culturais desde as concepções preliminares da 'loucura' até os movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica na metade da década de 1960, buscando assim, compreender toda a sua complexidade.

Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e conseqüentes avanços e recuos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Ribeiro (2007), faz uma breve retrospectiva em relação à doença mental, dentro de um contexto restrito a medidas asilares ou de enclausuramento, tendo esse marco inicial na realidade brasileira o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. Em meados do século XX, a intensa 'psiquiatrização' dos serviços foi reforçada com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, caracterizada pelo seu uso abusivo e indiscriminado. As repercussões destes atos foram observados como mecanismo de repressão e alienação social durante o período da ditadura política e militar. Silva; Barros; Oliveira (2002) relataram que, não se tratava neste período ainda de uma Política de Saúde Mental, porque a questão social como preocupação central do Estado, só se confirmava a partir do século XX, pois, para a psiquiatria do século XIX caberia recolher e excluir o indivíduo, enquanto que, no século XX, além da remoção e exclusão, haveria a iniciação de uma indicação clínica, ou seja, o tratamento moral.

No início do século XX, para modernizar o Hospício, Oswaldo Cruz – sanitarista, alia-se a Juliano Moreira que tem a função de organizar o sistema, no qual repercute na discussão da etiologia da doença mental, pois o biologismo passa a explicá-la, como também aos aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos e a psiquiatria se colocaria em defesa da manutenção do controle social pelo Estado.

Em dezembro de 1903, através da primeira Lei Federal nº 1.132, é reorganizado a assistência aos alienados, concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O sanitarismo manteve-se nas três primeiras décadas do século XX quando se vincula o benefício da saúde a uma ocupação produtiva. Na década de 1950, em virtude da falta de estruturação física e pelo fato de a psiquiatria ainda não gozar de *status* científico de outras especialidades médicas, além da ineficácia de seus tratamentos, da situação deplorável de seus hospitais e da falta de medicação específicas, os hospitais começam a superlotar, surgem os maus tratos no qual evidenciavam uma assistência que tinha, sobretudo, a função social de excluir as sobras humanas produzidas em cada momento histórico.

E, foi por meio da III Conferência Nacional de Saúde em novembro de 1963, que iniciou-se as discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Para Nogueira (2008), o avanço da psiquiatria se deu com algumas alternativas com o objetivo de poder compreender o adoecimento psíquico. Uma das propostas mais avançadas, do ponto de vista democrático, foi a experiência da reforma psiquiátrica italiana, em 1961. Seu objetivo foi romper com o paradigma clínico e psiquiátrico ao buscar a desconstrução de aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que o sustentava. O autor cita Franco Basaglia, para quem o hospital psiquiátrico era um lugar de segregação, de violência e morte que deveria ser combatido, negado e superado. O modelo da reforma psiquiátrica italiana, buscou resgatar no indivíduo suas referências sociais e culturais, considerando a experiência de cada indivíduo no tratamento; propondo a emancipação do portador de transtorno mental, a ampliação do seu poder de troca, ou seja, na reprodução social e, por extensão, sua reinserção social e não a cura ou recuperação (NOGUEIRA, 2008).

Foi desta forma, segundo Amarante (1995) apud Ribeiro (2007), fortalecidos e inspirados teoricamente pelas experiências da psiquiatria italiana, que, na década de 1970 no Brasil, por meio do Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), reuniu-se várias categorias de profissionais denunciando a falta de recursos, a precariedade dos serviços e a necessidade de reestruturação do Modelo Psiquiátrico Brasileiro, com objetivo de garantir a cidadania dos doentes mentais, dando início à luta anti-manicomial.

Segundo Rabelo e Torres (2006) o MTSM a partir de 1978, passa por inúmeros embates com setores conservadores da sociedade, que pleiteiam a

manutenção do paradigma de psiquiatria clássica e, na segunda metade da década de 1980, dá um grande impulso da reforma psiquiátrica brasileira. Neste período, ocorrem quatro fatos fundamentais para o entendimento do processo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira, a saber: VIII Conferência Nacional de Saúde, marco criador do SUS; II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental; Apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89; e, II Conferência Nacional de Saúde Mental. Outros pontos comumente destacados na literatura como marcos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foram: V Congresso de Psiquiatria em Camboriú, Santa Catarina (1978); I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978); I Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo (1979); III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), com a presença de Franco Basaglia. Vasconcellos (2008) relata que, no começo da década de 1980, o Ministério da Saúde redige o documento “Diretrizes para a área de Saúde Mental”, no qual defende a ênfase no tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental.

Segundo Rabelo e Torres (2006), a partir desse momento a Reforma Psiquiátrica Brasileira passa a articular transformações técnico-assistenciais a campos políticos-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, sendo este último, com o objetivo de transformar o imaginário social acerca da loucura, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes. A identificação dessas dimensões possibilita uma análise mais crítica do processo e ajuda na sua compreensão, apesar de ser impossível sua compreensão na totalidade.

O campo epistemológico ou teórico-conceitual que tem sustentado as práticas assistenciais ao longo do tempo tem no contexto da Reforma Psiquiátrica, outros elementos, ou seja, vieram integrar ao campo teórico (constituído pelos conceitos de alienação, doença mental, normalidade, anormalidade e cura, entre outros), os conceitos de Saúde Mental, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (DIAS, 2008).

Assim, o conceito de saúde mental que norteia o processo de reforma psiquiátrica é de um estado de bem estar coletivo, decorrente das condições física, psicológica e social, “esse caráter social da saúde mental é determinado pelo modo como as pessoas vivem, introjetam o mundo objetivo; objetivam a subjetividade e fantasiam a realidade” (FERREIRA FILHO; SILVA; LAZARTE, 2003).

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), e, combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão, liderando, nos anos seguintes, os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENORIO, 2002).

O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental foi realizado em Bauru-SP, e constituiu um dos eventos mais marcantes da trajetória da Reforma Psiquiátrica. Foi neste Congresso que se estabeleceu a máxima “Por uma Sociedade sem Manicômios”, e o dia 18 de maio como o dia nacional de Luta Antimanicomial. Esse movimento sinalizou a necessidade de uma estratégia política de ação mais ampla, de estabelecer diálogo constante com a população acerca da loucura, e tentar reconstruir as relações entre a sociedade e os loucos (DIAS, 2008).

Em 1987, acontece também no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, orientada pelos mesmos princípios da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco fundamental do Movimento da Reforma Sanitária, representando o ponto de inflexão na reorientação do modelo da atenção à saúde e, por conseguinte, da própria construção do SUS (TENÓRIO, 2002). A I Conferência representava o fim da trajetória sanitaria de transformar apenas o sistema de saúde, e o início de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura, sendo esta, chamada de ‘desinstitucionalização’.

A desinstitucionalização, que segundo Dias (2008) surgiu como proposta de racionalização e otimização de recursos do Estado, tinha ênfase na desospitalização. Portanto, a desinstitucionalização é a desconstrução, desmontagem de um aparato assistencial para a oferta de outra modalidade de assistência centrada no espaço do paciente, que vai além da construção de um novo serviço. “É acima de tudo um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2003, apud DIAS, 2008).

A I CNSM evidenciou as dificuldades do modelo assistencial vigente e a necessidade de transformação por meio do enfrentamento nos campos cultural, técnico, político e ideológico. Assim, são criadas ou repensadas novas possibilidades assistenciais importantes (DIAS, 2008).

Outro momento importante foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina e Caribe, realizada em novembro de 1990, em Caracas, que contou com a participação de onze países, inclusive o Brasil sendo patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS), além da participação de associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas (BRASIL, 2005).

A **Declaração de Caracas**, como ficou conhecido o documento final desta Conferência, define como essencial a elaboração de modelos alternativos de assistência implantados nas comunidades, tirando o hospital psiquiátrico do centro da assistência e garantindo a manutenção da dignidade pessoal, dos direitos humanos e civis, além da capacitação de recursos humanos em saúde mental e a realização de uma assistência psiquiátrica voltada ao serviço de saúde comunitária que recomende a internação psiquiátrica, quando necessária, em hospitais gerais, garantindo a atenção integral da saúde desses indivíduos e a participação de usuários e familiares no planejamento e na implantação dos programas de saúde mental (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar, que essa Conferência vem demarcar a crescente tendência internacional de superação dos antigos modelos de psiquiatria e reforma psiquiátrica, dando legitimidade às transformações que estão acontecendo nos países latino-americanos, até então pouco visíveis (DIAS, 2008).

Nesse contexto, tendo por base os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e as diretrizes do SUS, foi realizada a II Conferência de Saúde Mental, em 1992, com a finalidade em mobilizar e convencer à sociedade civil, à nível nacional, pela Luta Anti-manicomial, no sentido da necessidade de leis voltadas para as questões sociais, proporcionando um ambiente adequado para organizarem a reforma do sistema psiquiátrico. Busca-se assim, uma assistência norteada pelos princípios da universalização, integridade, equidade e da descentralização (TERRA et al, 2006).

Dessa forma, o movimento anti-manicomial, que inicialmente é fruto da luta por melhores condições de trabalho dos profissionais que atuam em saúde mental, passa a tomar novo formato com a participação de familiares e usuários dos serviços de saúde mental.

7 A AÇÃO DO MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO PROCESSO DE MUDANÇA

O Movimento de Luta Anti-manicomial passou a ser, desde o final da década de oitenta, um dos mais relevantes atores da sociedade civil brasileira no processo de mudança no campo da saúde mental. Trata-se de um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador que congregou profissionais de saúde mental (particularmente psiquiatras e psicólogos que trabalham no setor público como técnicos e como gestores); os portadores de sofrimento mental, em especial os usuários ou ex-usuários dos serviços de saúde mental; e familiares dos portadores de sofrimento psíquico (DAHL, 1996).

Este movimento está, atualmente, organizado através de núcleos articulados em forma de redes em mais de quinze Estados da federação e uma secretaria nacional, de modo a garantir uma efetiva descentralização das ações como também a realização de encontros semestrais nacionais e congressos bianuais (FIGUEIREDO, 1988).

O Movimento de Luta Anti-manicomial é uma luta recente, se consideramos sua estrutura organizativa e as referências históricas indicadas por aqueles que dele participam que se remetem, como foi dito, ao ano de 1987. No entanto, ao longo destes anos de estrada, produziu um significativo impacto e visibilidade. O movimento conquistou espaço, na qualidade de interlocutores, na gestão da reforma da política de assistência em saúde mental, em diversos níveis, como por exemplo, na comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e fundamentalmente através da participação nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental, que são um importante instrumento de avaliação e controle social do panorama assistencial e na construção de diretrizes para elaboração da política na área (FIRMINO, 1982).

Ele tem como palavra de ordem o fim dos manicômios, entendidos aqui como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como doentes mentais e todas as pessoas que sejam vítimas de exclusão e violência. Trata-se de uma clara referência à luta Anti-manicomial italiana, que preconizou o fechamento de manicômios (hospitais psiquiátricos) desde o final dos anos sessenta e que ganhou forma de lei em 1978, num tipo de iniciativa sem precedentes do ponto de vista histórico (GOULART, 2004a).

Os militantes do Movimento trabalham, pois, como atores da sociedade civil, com a perspectiva de construção de uma ética libertadora das relações entre sociedade e loucura, que, segundo Gerschman (1995) é traduzida em estratégias de luta como:

- Elaboração e divulgação de propostas de regulamentação, legislação e novas modalidades de atendimento assistencial;
- Realização de eventos culturais como o dia nacional de luta anti-manicomial que acontece anualmente em 18 de maio;
- Divulgação do Movimento e edição de informativo de circulação nacional ("Circuladô") editado pela sua secretaria nacional.

(Gerschman, 1995)

Foi do seio deste movimento que surgiram iniciativas, que se revelaram fundamentais tanto a nível legislativo como assistencial. A novidade da estratégia, de iniciativa dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, ligados ao Movimento, foi de promover, então, reformas na legislação e estruturação de práticas alternativas que se dirigissem claramente aos casos de maior gravidade, não somente numa perspectiva clínica, mas de reabilitação sociocultural dos usuários dos serviços ou dos chamados portadores de sofrimento ou transtornos psíquicos.

Em nível nacional, foi apresentado, em 1989, o Projeto de Lei nº3657, que passou a ser conhecido pelo nome de seu proponente do deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores. O Projeto previa, em quatro claros e breves artigos, a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais" (1989) e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Este em muito se assemelhava à Lei italiana de 1978, chamada genericamente de Lei Basaglia. Em nível estadual, este chamado Projeto Paulo Delgado, se desdobrou em várias propostas locais encaminhadas pelo Movimento Anti-manicomial nas respectivas Assembléias Legislativas Estaduais. As propostas tinham sempre a mesma intenção: dar visibilidade aos problemas dos portadores de sofrimento mental através da criação de debates públicos e resgatar, através de proposições objetivas, o seu exercício de cidadania (GOULART, 1992).

A desinstitucionalização pretendida pelo Movimento de Luta Anti-manicomial brasileira teve e tem ainda a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial asilar privatizante brasileiro, não apenas questionando-o como aparato anti-terapêutico, mas afrontando o discurso médico-psiquiátrico que lhe dá sustentação. Ou seja, como define Amarante, seguindo os cânones da experiência

anti-manicomial italiana, buscar a "superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade..." (AMARANTE, 1996)

Trata-se de questionar a potencialidade e extensão deste discurso através de uma leitura que enfrenta os seus efeitos sociais e políticos. Isto se traduz na procura de superação da assimetria de contratualidade entre pacientes e profissionais de saúde mental e na necessidade de ampliação dos direitos humanos aos doentes mentais. Convida também, à participação ativa, os principais interessados no processo: os que são alvo das ações e os que as indicam e efetivam.

Assim, a desconstrução se processa a partir do interior da instituição psiquiátrica, com a negação do mandato técnico como elemento desencadeador e com o apoio à expressão e ação dos portadores de sofrimento mental que se traduz no estímulo na organização dos usuários, através da "autovalorização do seu poder contratual nas instituições e nos contatos interpessoais na sociedade" (VASCONCELOS, 2000).

Assim, em grande medida, através da ação deste movimento e da inserção de seus militantes, houve efetivo aumento da fiscalização dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, e o fechamento de muitos estabelecimentos e leitos para internação que ofereciam condições indignas de tratamento ou mesmo hospedagem.

Além disto, outros projetos assistenciais foram formatados, em sua maioria, com inspiração na psiquiatria territorial ou alternativa italiana. Mesmo que a realidade da implementação destas iniciativas seja multiforme e diversa - variando de município a município – ela tem produzido todo um impacto terapêutico diferenciado e que corrobora as críticas ao modelo tradicional na medida em que viabiliza respostas assistenciais que não retirem o usuário de seu contexto vital, relacional. Estes novos formatos seriam, em linhas gerais, segundo Goulart (1993):

- NAPs, CAPs e CERSAMs: núcleos e centros de referência e assistência em saúde mental que são espaços de acolhimento e tratamento de crises;
- CERSAMIs: centros de referência em saúde mental infanto-juvenil, também voltado para urgências e crises;
- Centros de Convivência: espaços de produção cultural e artística, mais comprometidos com projetos de reabilitação e re-inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental;

- Moradias terapêuticas ou protegidas: casas ou apartamentos para as pessoas que foram alvo das ações tradicionais de segregação - egressos de hospitais psiquiátricos (...) (Lei no. 10.708);
- Programa “De volta para casa”: proporciona auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal para pessoas acometidas de sofrimento mental, egressas de hospital psiquiátrico e com história de internação (superior a dois anos) e abandono;
- Cooperativas de trabalho para viabilizar a reabilitação e re-inserção social (GOULART, 1993).

Estes dispositivos são adaptações das mais bem sucedidas experiências italianas que se identificaram com a luta antimanicomial naquele país.

Aliam-se a estas iniciativas, que estamos definindo como resultantes depressões do Movimento de Luta Anti-manicomial, outras que são resultado de modos de construção não diretamente ligados à luta anti-manicomial, mas ao movimento sanitarista e ao campo da psiquiatria social como:

- As equipes de saúde mental, vinculadas a unidades básicas de saúde, e ambulatórios;
- Os Hospitais-dia, que são estruturas hospitalares que ofereçam seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência evitando o distanciamento frente a seu espaço vital;
- As estruturas de atenção e tratamento para toxicodependência que são serviços especializados e abertos para o tratamento de toxicomanias;
- Crescimento do movimento de usuários e seus familiares;
- Inserção do Movimento de luta anti-manicomial nas administrações públicas de esquerda.

No legislativo, o supracitado Projeto de Lei do Paulo Delgado - após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional foi finalmente aprovado em abril de 2001, convertendo-se na Lei Federal no. 10.216. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições anti-manicomiais através de inúmeras emendas, ele se converteu, em linhas gerais, em uma legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória.

8 SURGIMENTO DOS CAPS E NAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil teve seu início em São Paulo, SP em março de 1986, foi chamado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ao passo que o primeiro (NAPS) Núcleos de Atenção Psicossocial surgiu em Santos em 1989 (VASCONCELLOS, 2008). Juntamente com diversos outros centros, integrou um forte movimento social que iniciou com os trabalhadores em Saúde Mental, que almejavam melhores condições de assistência e criticavam o modelo hospitalocêntrico e precário que predominava até aquele momento como único meio disponível aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

A partir daí, começam a surgir novos dispositivos, chamados de serviços substitutivos, com a função de trabalhar a saúde mental num outro modelo que não se restrinja ao contexto hospitalar, até então, o modelo de atenção à saúde mental predominante no Brasil (RABELO; TORRES, 2006).

A regulamentação do CAPS e NAPS ocorreu em 1992, com a promulgação da Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, que estabeleceu normas e diretrizes para os serviços de Saúde Mental, em âmbito federal, sem distinção, ou seja, as normas e diretrizes valiam para ambos. (Vasconcellos, 2008)

Em 06 de abril de 2001 o Ministério da Saúde sanciona a Lei nº 10.2161 que regulamenta a reforma psiquiátrica no Brasil (RABELO; TORRES, 2006).

Os CAPS, NAPS, CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros serviços substitutivos que têm nascido no país são regidos pela portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 e compõe a rede do SUS. Essa portaria afirmou e aumentou o funcionamento dos CAPS (CAPS I, II e III) como sendo um local de referência e tratamento para portadores de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros, dos quais a gravidade ou continuidade justifiquem sua permanência em um local de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida. Além de prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos, promover a inserção social dos usuários, entre outras funções, bem como manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (TENÓRIO, 2002).

Conforme determinam as diretrizes do Ministério da Saúde, os usuários de CAPS necessitam de um projeto terapêutico individual, através de atividades

realizadas durante sua permanência no serviço, de maneira que personalize o atendimento respeitando a individualidade de cada usuário, seja dentro da unidade ou fora dela (BRASIL, 2004).

Segundo Vasconcellos (2008), para que estes objetivos sejam atendidos, o CAPS poderá dispor das seguintes formas de tratamento: 1) Atendimento Intensivo: sua frequência é diária e ocorre quando o usuário encontra-se com sofrimento psíquico grave, em crise ou dificuldade intensa em seu convívio familiar e social. Se houver necessidade, este atendimento poderá ser domiciliar. 2) Atendimento Semi-Intensivo: é determinado quando diminuírem o sofrimento e a desestruturação psíquica e aumentarem as possibilidades de relacionamento, entretanto o usuário ainda precise auxílio da equipe para se recuperar e estruturar sua autonomia, acontecendo até 12 dias no mês, e também pode ser domiciliar. 3) Atendimento Não-Intensivo: é utilizado quando o usuário não necessite da equipe continuamente para realizar suas atividades sociais e familiares, podendo ser atendido até três dias no mês, inclusive de forma domiciliar.

É importante que cada CAPS escolha um projeto terapêutico que leve em consideração as diversas colaborações técnicas dos profissionais do serviço, por meio de equipes multidisciplinares, aliadas às propostas dos usuários e familiares, além do contexto onde vivem (TENÓRIO, 2002).

O Ministério da Saúde prescreve que o CAPS proporcione acolhimento diurno e, se necessário, noturno, (funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana, e uma estrutura mínima de leitos) em um ambiente acolhedor nos momentos de crise evitando a internação deste usuário. Para isto, dispõe de atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias e assembléias ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2004).

A fragmentação dos hospitais federais e a criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) mostraram que a questão da moradia é um dos motivos principais da ocupação dos hospitais psiquiátricos. Fez-se necessário demonstrar à sociedade civil e ao Estado que muitos pacientes internados em hospitais psiquiátricos poderiam viver em pequenas moradias, conviver em harmonia com a vizinhança, a um custo menor para o governo.

Nascem dessa forma as residências terapêuticas em vários estados. Em fevereiro de 2000, o Governo Federal cria a Portaria 106, instituindo as residências terapêuticas com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental,

dando relevo à inserção social do paciente. A organização dos serviços não manicomiais, sobretudo a das residências terapêuticas, supõe uma vivência desafiante na reconstrução da assistência psiquiátrica e seu planejamento. É a construção da noção de território, que deve ser entendida como recurso terapêutico, como referência na construção de relações sociais.

Segundo Vasconcellos (2008), é importante ressaltar que, na saúde mental, o aporte de diferentes profissionais nas equipes de assistência adquire uma significação potente e especial diante da anterior exclusividade médica no trato com indivíduos com problemas de saúde mental, enquadre esse, combatido pela Reforma Psiquiátrica Italiana e Brasileira.

Assim, a Reforma orienta-se no eixo da política pública de saúde mental com ação extra-hospitalar, interdisciplinar, otimista e humanista, propondo-se a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico, que se caracteriza pela crença em uma verdade exclusiva da essência humana imutável de que os desvios são patológicos e que precisam ser tratados da mesma forma: pela agregação, que confunde a doença com o doente, justificando que o isolamento o protegeria dos outros e os outros dele (NOGUEIRA, 2008).

Ainda, segundo Nogueira (2008), essa Reforma trouxe como diretriz, a desinstitucionalização que vai muito além da desospitalização, ou seja, a não institucionalização do sujeito. Pois, segundo Heidrich (2007), a noção de desinstitucionalização está voltada basicamente para objetivos administrativos e com significados restritos de “tirar os pacientes do hospital”, sendo que, a desinstitucionalização, como desospitalização, não questiona a doença mental ou o papel dos médicos/técnicos com relação à doença e o doente, muito menos em relação às críticas sobre o saber que legitima a psiquiatria como “a área” que trata/sabe tratar a loucura e o louco.

O processo limita a noção de “instituição” ao hospital psiquiátrico/manicômio. Desinstitucionalizar significa, portanto, tirar os indivíduos com problemas de saúde mental da instituição, no caso, do hospital e oferecer o tratamento em outro local.

Através da Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000, normatizada pelo Ministério da Saúde, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos. Esses serviços são considerados extremamente fundamentais na rede de atenção extra-hospitalar, por representar uma possibilidade de reinserção social dos indivíduos

portadores de transtornos mentais, o direito à moradia e a cidadania (HEIDRICH, 2007).

Para Nogueira (2008), buscar a desinstitucionalização do doente mental é propor a construção de um processo completo, que intencione tratar da desconstrução/reconstrução de conceitos fundamentais da psiquiatria (doença/ mental/ saúde mental, normalidade/ anormalidade), e criar possibilidades materiais para que os sujeitos possam enfrentar os desafios na superação da exclusão. Heidrich (2007), conclui que os princípios e pressupostos do paradigma da desinstitucionalização estão presentes nas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, sua efetivação dependerá da habilidade e articulação do movimento pela reforma psiquiátrica com outros movimentos sociais que lutam por uma sociedade verdadeiramente justa e fraterna, no sentido de transformar não só os hospitais/manicômios, mas, principalmente, as relações e mentes manicomiais.

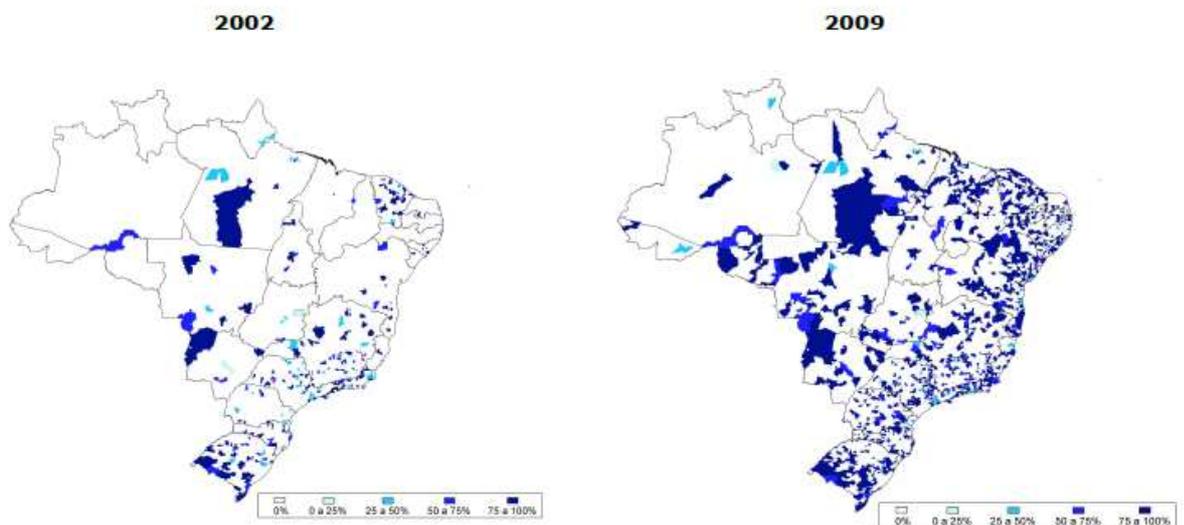
Assim, este processo de ruptura, de desmonte, de desconstrução do manicômio não pode se dar fora da sociedade. Não há possibilidade de se transformar a assistência em saúde mental se não houver envolvimento dos usuários e familiares, dos movimentos sociais, dos trabalhadores de saúde mental, das universidades, enfim, de toda sociedade.

9 AVANÇOS E PERSPECTIVAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

São inegáveis os avanços da Reforma Psiquiátrica, desde a visão da sociedade em relação ao portador de transtorno mental, até a evolução das políticas públicas de suporte a estes indivíduos (PITTA, 2011)

Os mapas abaixo, em escala, indicam em tons de azul, a cobertura dos municípios. Quanto mais escuro o azul, melhor a cobertura e ajudam na visualização

Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002 e 2009
(parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)

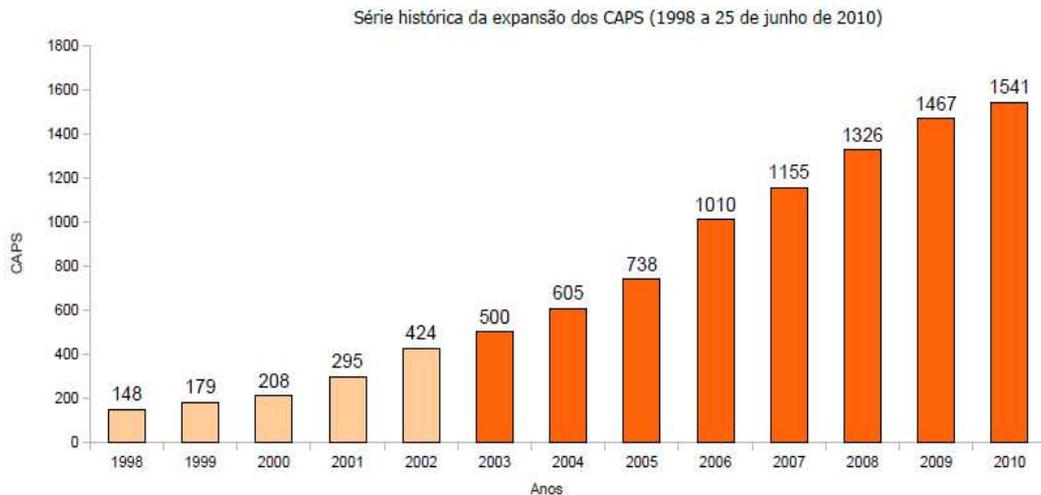


Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

da expansão e da cobertura em saúde mental de 2002 a 2009 (BRASIL, 2010).

O gráfico abaixo mostra a expansão absoluta dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura Brasil em 2002, quanto existiam 424 CAPS, era de 21%. Em 25 de junho de 2010, temos 1541 CAPS e 63% de cobertura (BRASIL, 2010)

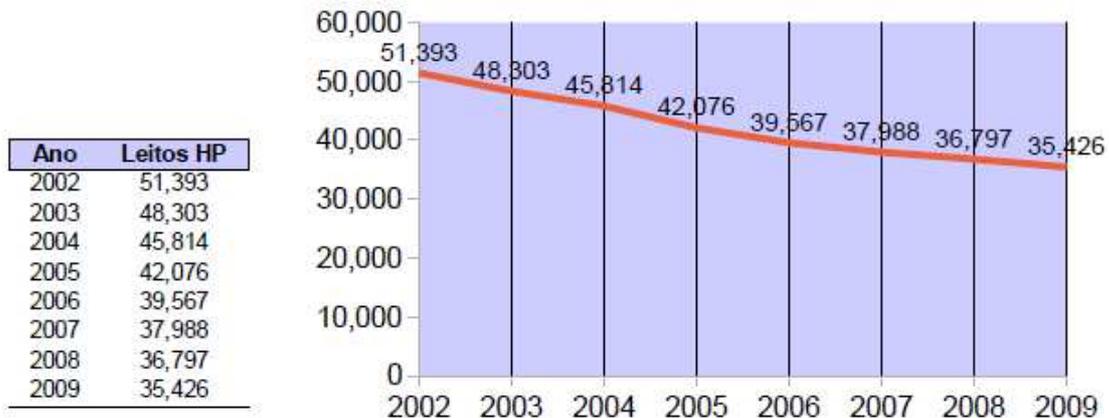
Cerca de 16.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos foram fechados neste período através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica).



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

O processo de redução planejada e programada de leitos ao longo dos anos foi acompanhado por significativa expansão da rede de atenção comunitária como se visualiza no gráfico a baixo (BRASIL, 2010)

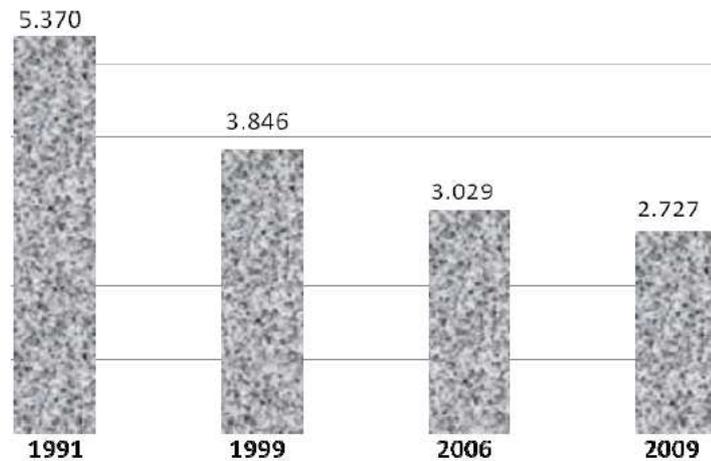
Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 -2009)



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Pernambuco, no período de 1991 a 2009, reduziu cerca de 50% dos leitos psiquiátricos cadastrados no SUS (gráfico abaixo) e três hospitais privados foram fechados.

Histórico da redução de leitos psiquiátricos/SUS em PE de 1991 a junho de 2009



Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH; Gerência de Atenção à Saúde Mental/Secretaria Estadual de Saúde; COUTO et al, 2001; LEMOS, 1999.

Sabe-se ainda da necessidade de um crescimento significativo em relação à discussão em torno da Reforma Psiquiátrica, no entanto ainda são muitas as barreiras que inviabilizam este crescimento. Podemos citar a escassez de recursos financeiros como uma das principais barreiras, porém os gestores demonstram grande preocupação em viabilizar a construção de um sistema de atenção eficiente e resolutivo, sabendo que isso poderá contribuir para a transformação das relações sociais, o resgate da cidadania e a reinserção social de usuários (AMARANTE, 1992; RIBEIRO, 2011)

Estudos recentes demonstram que fatores sociais como baixo nível de renda, desemprego e baixo nível de instrução estão relacionados à maior incidência de transtornos mentais. É nessa mesma parcela da população que encontramos as maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O campo da saúde mental tem como característica multiplicidade, e mesmo o conflito, de perspectivas e propostas de abordagens. Isso é reflexo da riqueza do seu objetivo de trabalho, a mente humana, e da intensidade de suas demandas. A conquista efetiva da cidadania pelos portadores de transtornos mentais não depende apenas de ações no âmbito da saúde. É preciso combater o estigma que ainda atinge as pessoas portadoras de transtornos mentais e garantir o seu acesso às oportunidades, serviços e riquezas que a sociedade produz (MINAS GERAIS, 2006).

Também é importante frisar que o avanço das políticas de saúde mental está necessariamente articulado ao avanço do SUS de uma maneira geral, pois

dependem do nível de acesso da população à saúde e ao desenvolvimento e integração da rede assistencial (RIBEIRO, 2011).

Silva (2011) ressalta, ainda, que fragilidades no processo de regulação da ANS sobre o mercado privado na saúde mental, podem estar gerando o crescimento de internações entre detentores de planos de saúde e usuários da rede privada, criando um cenário de:

“...indução de padrões de consumo de serviços de saúde mental, o que pode gerar expectativas na população em geral, levando ao recrudescimento de crenças difusas sobre os valores terapêuticos do isolamento e da hospitalização.” (SILVA, 2011)

Para além do avanço dos serviços substitutivos, e segundo Costa (2011) o quantitativo de CAPS teve incremento de 282% entre 2002 e 2010, o desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde mental têm sido responsáveis, ao longo destes anos, pela introdução de novas práticas, de uma nova visão do COMO fazer a saúde. Estes novos formatos vêm contaminando os debates de modelo do SUS. Importantes exemplos disto são: a prática do Projeto Terapêutico Singular e componentes da prática de acolhimento.

Para Costa (2011), a estabilidade da implantação da Reforma Psiquiátrica é ameaçada pelo não enfrentamento de questões centrais que envolvem “*repensar, em perspectiva sistêmica, os papéis do Ministério da Saúde e dos governos estaduais no financiamento à saúde mental, aliviando a pressão sobre os governos locais*” e o crescimento da oferta de leitos em hospitais gerais.

Além disso, embora haja avanços quantitativos e qualitativos em relação às estruturas substitutivas e ao como fazer, a dificuldade de acesso aos serviços e o baixo empoderamento de famílias e pacientes, bem como a dificuldade na radicalização do processo de fechamento de manicômios, demonstram que ainda há um caminho longo a percorrer para chegar ao que nos conclama Pitta (2011): “As celebrações do 18 de maio nos alertam para o que deve acontecer: inclusão social da loucura em liberdade.”

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. História da Psiquiatria – São Paulo: Ibrasa, 1968.

AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. Rev. Ter. Ocup. USP. v. 3, n. 1/2, p. 8-16, jan/dez, 1992.

BASAGLIA, F. Conferenze Brasiliane. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.

_____. Einaudi Paperbacks. Torino: Scritti, 1981.

BEZERRA, B. Jr. Saúde mental ou psiquiatria. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1995.

_____. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: A. PITTA (org.), Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES; TAVARES (orgs.), Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano v, n. 7. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 06/07/2011.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília (DF); 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acessado em: 10/07/2011.

_____. 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. Brasília: OPAS, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. Revista Saúde Debate. v. 37, p. 16-19, 1992.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acessado em: 10/07/2011.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.12, p.4603-4614, 2011.

DAHAL, R. A. Um prefácio à teoria democrática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

DELGADO, P. G. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DIAS, T. A. Reforma psiquiátrica na região Oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas. Tese (Doutorado). 169fl. São Paulo: USP, 2008.

EY, H. (1963). La Consciencia. Madrid: Editorial Gredos, 1967.

FIGUEIREDO, G. O príncipe e os insanos. São Paulo: Cortez, 1988.

FIRMINO, H. Nos porões da loucura. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOULCAUT, M. História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.

FREUD, S. Projeto de uma Psicologia Científica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. 1, 1987.

GALLO, Edmundo et al. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. Cad. Saúde Pública. v. 4, n. 4, p. 414-419, 1988.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

GONCALVES, A. M; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. São Paulo: Rev. Latino-AM. Enfermagem. v. 9, n. 2, pp. 48-55, 2001

GOULART, M. S. B. Ambulatórios de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, 1992, 193p. Dissertação. (Mestrado em Sociologia). 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000100014&script=sci_arttext>. Acessado em: 10/07/2011.

_____. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

_____. Sedação feminina: uma tácita e perigosa conveniência nos serviços de saúde. Cadernos de Ciências Sociais. Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 33-41, 1993.

HEIDRICH, A. V. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese (Doutorado), 205f. Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1135/1371>>. Acessado em: 10/07/2011.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2007.

LANCETTI, A. Loucura metódica. São Paulo: Hucitec, 1990.

LEAL, Erotildes. A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj. 1994. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=193394&indexSearch=ID>>. Acessado em: 11/07/2011.

MACHADO, M. N. da M. Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: Ed. C/Arte, 2002. .

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha Guia da Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006. p. 238. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental>. Acessado em: 10/07/2011.

NOGUEIRA, M. S. L. Política pública de saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil: desafios de inclusão social. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.cepep.com.br/geppes/trabalhos/MariaSoniaLima.doc>. Acessado em: 20/10/2008.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência e saúde coletiva, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

RABELO, I. V. M.; TORRES, A. R. R. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. Campinas: Estudos de Psicologia. v. 23, n. 3, p. 219-228, julho-setembro, 2006.

RIBEIRO, J. M; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciência e saúde coletiva, v.16, n 12, p.4623-4634, 2011.

RIBEIRO, S. F. R. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. Revista. SPAGESP. V. 8, n. 1, 2007.

SANTOS, N. Do hospício à Comunidade: Política Pública de Santa Catarina. Santa Catarina, 1994. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/viewFile/1446/1219>>. Acessado em: 09/07/2011.

SERPA JR. Octavio. Sobre o nascimento da psiquiatria. Drummond de Cadernos Ipub, n. 3, p. 15-30, 1996. Disponível em: <http://www2.dbd.puc->

rio.br/pergamum/tesesabertas/0812173_10_postextual.pdf>. Acessado em: 10/07/2011.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista Escola de Enfermagem. USP, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

SILVA, P. F. da C; NILSON do R. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. Ciência e saúde coletiva, v.16, n. 12, p.4653-4664, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TERRA, M. G.; RIBAS, D. L.; SARTURI, F.; ERDMANN, A. L. Saúde mental: do velho ao novo paradigma. Escola Anna Nery de Enfermagem, v. 10, n. 4, p. 711-717, dezembro, 2006.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade, São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VASCONCELOS, V. C. A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 2008.