

A SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: debate sobre os arcabouços legais

Angely Dias da Cunha

Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: gelly.cunha@hotmail.com

Resumo: O presente artigo tem o objetivo de aprofundar o debate da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e os arcabouços legais, os resultados dessa pesquisa são oriundos do trabalho de conclusão de curso sobre as atuais configurações da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental que utiliza como método o materialismo histórico dialético, por considerar que este é o que mais se aproxima da essência, no intuito de desvelar as reais apreensões. Nota-se que as transformações propiciadas pelo capitalismo, trouxeram percalços para compreender a saúde mental, e como essa categoria se relaciona com o movimento de reforma psiquiátrica. Os resultados encontrados na pesquisa mostram que na atual conjuntura de avanço do neoliberalismo está em disputa três projetos de saúde que interfere diretamente no desmonte das conquistas legislativas encabeçado pela classe trabalhadora: um é o projeto privatista, que na saúde mental é revestido de uma culpabilização do indivíduo e de uma higiene social, o do terceiro setor de parceria privado-público, outro na contramão é a defesa de uma saúde universal, gratuita e integral.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, legislação.

1. Introdução

Esse artigo é resultado do trabalho de conclusão de curso intitulado “POLÍTICA SOCIAL, SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL: Uma análise das atuais configurações da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande- Paraíba”. Para um aprofundamento sobre os determinantes que envolvem a MRP (Movimento de Reforma Psiquiátrica), a proposta em tela versa sobre uma análise crítica da Reforma com destaque para seu arcabouço legislativo. Portanto, detém-se a analisar da história da loucura brasileira e a conquista com a Constituição Federal e as leis de regulamentação.

O debate histórico sobre a loucura e, posteriormente, a saúde mental no Brasil está relacionada à criação do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, oriunda de uma recém-criada Sociedade de Medicina que se baseava nos métodos europeus, o hospício estava vinculado a Santa Casa de Misericórdia e mantinha condutas desumanas aos portadores de transtornos mentais. Ademais, o asilo tentava dar conta das desordens, as políticas sanitaristas procurava organizar o espaço da cidade, as epidemias se alastravam e o espaço do crime e da loucura crescia e a atitude do Estado a esses grandes males gira em torno das campanhas sanitárias, liderada por Oswaldo Cruz. (AMARANTE, 1994).

É a partir dessa conjuntura predominante durante anos, que em 1960, o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil apresenta sinais de esgotamento com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começa a denunciar as péssimas

condições às quais eram submetidos os pacientes dos hospitais. No início de 1960 o MSTM buscava uma transformação genérica de assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados, seja na denúncias ao modelo oficial- de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico-, com também na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização. Todavia, nos anos subsequentes o projeto do MSTM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico e pela luta a favor da promoção da saúde mental (AMARANTE, 1996).

Desse modo, nos anos de 1980 desenvolve-se um movimento de Reforma Psiquiátrica (RP), cujo cunho político, social, cultural e filosófico se pauta em uma reforma no modelo psiquiátrico brasileiro. A tendência do Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) deve-se ‘em parte’ ser atribuída as influências de Franco Basaglia e seu conceito de desinstitucionalização e a aproximação com as obras Marxistas proibidas até então. Todos esses avanços no que se refere aos movimentos sociais, em especial, ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, cunharam no lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Depois de 12 anos de tributação a grande conquista do MRP é a aprovação da Lei 10.216, promulgada no Brasil apenas em 06 de abril de 2001, - “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. É em torno desse diálogo que as secções posteriores irão se dedicar.

2. Metodologia

O presente estudo está orientado por um enfoque analítico, na medida em que, segundo Triviños (1987), procura conhecer com profundidade, os traços característicos de uma determinada realidade neste caso, a análise crítica da Reforma Psiquiátrica com destaque para seu arcabouço legislativo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que também levará em conta a contribuição dos dados quantitativos é de cunho bibliográfico e documental. Ademais, tem como alicerce o método crítico dialético e suas categorias heurísticas.

3. Resultados e Discussão

No período colonial a economia se pautava na agricultura e as relações sociais se assemelhavam ao período Medieval. As prisões eram destinadas aos que apresentassem comportamento violento e a loucura era tratada com tolerância à liberdade. É diante disso que Amarante (1994) mostra as primeiras iniciativas de atenção ao “louco” no Brasil só com a vinda da Família Real, pois até então os loucos não estavam sob controle do Estado.

A circulação dos indesejados pela sociedade exigia providências das autoridades, como resposta inicia-se uma “limpeza das ruas” pautada na exclusão dos loucos e dos vagabundos. É

nesse período que o “doente mental”, torna-se um grande problema, a solução encontrada foi as Santas Casas de Misericórdia, que funcionava como prisão, na qual os usuários eram submetidos a situações desumanas. A psiquiatria, contudo, ainda tinha pouca influência sobre o tratamento dos pacientes. Alguns psiquiatras nesse período se limitavam apenas a administração das Santas Casas de Misericórdia. Dessa maneira, até o processo de seleção da “clientela” e a classificação e disposição entre os setores eram realizadas por pessoas leigas. Não demorou muito para se registrar as primeiras denúncias de maus-tratos, superlotação, falta de assistência médica e péssimas condições de habitação (AMARANTE, 1994).

Sendo assim, pode-se afirmar que o “louco” nesse lastro histórico é visto como ameaça à ordem e à paz social. As reclamações contra o livre trânsito de “doidos”, vinham acompanhadas por diversas denúncias de maus-tratos para com os que sofriam “transtornos mentais”. Diante de tantas reclamações, D. Pedro II começa um processo de medicalização do espaço hospitalar seguindo os moldes europeus, que culminou em 1852, na inauguração do primeiro hospício, no Rio de Janeiro.

O hospício D. Pedro II foi um local exclusivo para o atendimento dos insanos, entretanto, os médicos eram em número reduzido. Após a proclamação da República, o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, ficando subordinada à administração pública. Seguidamente, a Assistência Médico Legal Alienados¹, é criada como a primeira instituição pública de saúde mental. (DALMOLIN, 2000). “A ideia era levar os alienados para os hospitais-colônias, onde pudesse trabalhar, principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria”(AMARANTE,2006). Esse momento de acordo com Amarante(2006) é marcado como a primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A proliferação de macrocolônias de alienados por todo país teve em seu comando Juliano Moreira e Aduino Botelho, diretores nacionais de assistência psiquiátrica entre 1910 a 1940. Com Juliano Moreira que sucedeu Teixeira Brandão² foi promulgada a Lei n. 1.132³, que objetivava reorganizar a assistência aos alienados. No entanto, a proposta de enaltecimento do trabalho

¹ O conceito de alienado como distúrbio da razão, que torna o alienado como alguém incapaz de exercer a cidadania, é um resgate da república instalada na França revolucionária de Pinel(AMARANTE, 2006)

² Teixeira Brandão primeiro diretor da Assistência Médico-Legal e dos hospícios Nacionais dos Alienados. (AMARANTE, 1994)

³ O decreto 1.132 é o reflexo do empenho das nascentes classes médias, a psiquiátrica, em reservar a si mesma um espaço de atuação. Segunda esta lei, o único lugar autorizado a receber o loucos eram os hospícios, por reunir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer médico, detentor da verdade no que se refere a alienação mental, o decreto em questão também é responsável por positivizar a ideia de que o louco não possui a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, que também é o responsável pela guarda provisória dos bens do doente. Do mesmo modo, não caberia a este paciente interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado. Mais uma vez, a política adotada em relação aos doentes mentais foi um resultado da atenção à ideologia economicista(MACEDO,2006, p.3)

camponês se defrontaria com as mudanças no modo de produção do início do século XX, quando o país deu os primeiros passos na industrialização. Além disso, mesmo que as lavouras cafeeiras necessitassem de mão-de-obra, essa dificilmente seria oriunda do hospício. Restou às colônias, portanto, o mesmo papel dos manicômios: excluir a loucura (RESENDE, 2001). E segundo Amarante (2006) a colônia do Juqueri, em São Paulo, foi a maior de todas, chegando a abrigar 16 mil internos.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo objetivo inicial era melhorar a assistência aos doentes mentais pela renovação dos quadros profissionais e das instituições. O projeto higienista visava não somente tratar o louco, por meio da segregação, mas previa medidas de melhoria das raças a fim de se combater a degradação moral. Pretendia-se que a psiquiatria regenerasse a sociedade através do ajuste dos comportamentos “anormais”. O movimento se baseava na obra de Morel afirmava que as doenças mentais poderiam ser transmitidas hereditariamente (COSTA,2007)

Em 1934, a Constituição colocava sob a responsabilidade do Estado o estímulo à educação eugênica⁴ como forma de proteger a juventude contra o abandono físico, moral e intelectual, e a implantação de medidas de higiene social e mental (VASCONCELOS, 2000). O decreto 24.559 de 1934 dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, o termo alienado foi retirado do ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao psicopata, considerada uma denominação mais ampla, a incapacidade do doente mental foi reafirmada, sendo facilitado o recurso à internação, válida por qualquer motivo que torne incômoda a manutenção do psicopata em sua residência (MACEDO, 2006)

Sobre os psiquiatras da liga:

Acreditavam no mito da ciência psiquiátrica universal. Eles se concebiam habitantes do hermético reino das ciências, portanto impermeáveis às influências culturais. Por isso mesmo, esqueceram que eram indivíduos pertencentes à determinada classe social, com opiniões e valores próprios a determinado período histórico, este preconceito levou-os a elaborar programas de higiene mental baseados na noção de prevenção eugênica nascida da Psiquiatria nazista. [...] os psiquiatras passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o desaparecimento da miscigenação racial entre os brasileiros,

⁴ “Educação e Eugenia” compara a educação com os problemas da medicina terapêutica, afirmando que se deve pensar no doente, antes da doença, no educando antes da educação. Ao afirmar que “quem é bom já nasce feito”, defende que a educação possui limitações frente aos indivíduos, e por assim ser, deveriam ser educados conforme os atributos de cada indivíduo. A educação neste sentido teria o objetivo de fazer transparecer as boas características, aflorar as qualidades inatas, as habilidades e aptidões não descobertas ou pouco exploradas. Ou seja, os indivíduos já nasciam com determinado comportamento, a educação era usada para aflorar essas determinações. De caráter positivista, a eugenia surgiu como um movimento social nos fins do século XIX e princípios do século XX.

a exigir a proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salario- paternidade eugênico etc.(COSTA, 2007, p.19).

Sob a influência da corrente alemã da época, na qual o biologicismo não só explicava a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos éticos, políticos e ideológicos, a LBHM visava à prevenção, enquanto isso a psiquiatria passou a intervir no espaço social, com características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e raciais. Como as demais experiências, a higiene mental fracassou (COSTA, 2007). Diante disso, podemos analisar que a psiquiatria nesse momento torna-se instrumento para discriminação econômica, social, racial ou sexual, gerada pela estrutura das sociedades capitalista. Os valores ético-morais receber influência das ideologias capitalista, resultando no fortalecimento do preconceito, discriminação e da exclusão.

Ao fim dos anos 1950, as superlotações eram constantes. Mesmo com adoção do uso de medicamentos psicotrópicos e o incentivo governamental para sua produção, houve um aumento considerável no número de internações. “Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, à população do hospital psiquiátrico aumentou 213%” (DIAS, 2007, p.36-37).

Na década de 1960, após o golpe militar acontece a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (incorporado pelo Estado nos anos 30), os trabalhadores com cobertura previdenciária somente tiveram acesso ao atendimento psiquiátrico e internações em sanatórios particulares a partir da década de 1950. Mesmo assim, o número de leitos era reduzido.

A má fama dos grandes hospitais públicos com superlotações possibilitou a entrada da iniciativa privada nessa área. O Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, que foi se expandindo rapidamente para atender à crescente demanda.

Os hospitais públicos abriam espaço para o setor privado, o Estado passa a alegar que por razões de ordem econômica, a melhor maneira a ser adotada seria a contração de leitos privados. Nesse cenário, “as clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obteve lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira”. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura” (BRASIL, 2006, p.30).

Com isso, entre os anos de 1965 a 1970, aconteceu um aumento considerável no número de internações na rede particular, o número de pessoas internadas aumentou de 35mil para 90mil. O controle sobre o tempo de internação também era incipiente (RESENDE, 2001). A loucura tornou-se uma grande fonte de lucro para os donos dos hospitais conveniados.

Para Amarante (1994, p.33):

“A doença mental tornou-se, nesse momento, um objeto de lucro, uma mercadoria; a situação dos hospitais privados e da assistência aos doentes mentais era a mesma das

unidades públicas. Somando-se, ainda, um agravamento no que diz respeito à falta de liberdade e direitos; os tempos de internação eram frouxos e as visitas proibidas. A Previdência Social chegou a destinar, no período, 97% de todos os recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar e os restantes à rede extra-hospitalar, composta exclusivamente por ambulatórios.”

Nesse lastro, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão do Ministério da Saúde, transformou-se em Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSAM), seu objetivo era redefinir a assistência psiquiátrica, tanto para os previdenciários como para o restante. Todavia, que a Previdência Social (PS) estava ligada ao setor privado.

No final de 1970, o MS lançou o Plano Integrado de Saúde Mental (Diretrizes apresentadas na VI Conferência Nacional de Saúde), o objetivo era à qualificação de médicos generalistas e auxiliares da saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em nível primário. Mas, não aconteceu nenhum impacto na atenção aos problemas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), profissionais e estudantes universitários de quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro (que abarcava hospitais psiquiátricos e o manicômio judiciário) deflagraram uma greve, denunciando as péssimas condições de trabalho e situações de violência, ameaças tanto a eles quanto aos internos. Em resposta, 263 estagiários e profissionais foram demitidos. Eles passaram então a se reunir periodicamente, formando o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), dez anos mais tarde transformou-se no movimento de “luta antimanicomial”. (AMARANTE, 2006).

Sobre o MTSM:

Este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). (BRASIL, 2005, p.7).

Os movimentos de diversos estados se reuniram no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, articulando-se na luta pela melhoria das condições de trabalho e por transformações na assistência psiquiátrica. Também se destacou em 1978 a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de

Grupos e Instituições, que teve entre seus convidados os mentores da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria e de outras correntes de crítica à psiquiatria tradicional.

Vale destacar nesse período, a vinda de Basaglia ao Brasil- defensor da extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. Para Amarante (2006), a vinda dele é tida como um marco para o MRP, suas visitas realizadas aos hospitais psiquiátricos foram de destaque para mostrar que o Brasil não mudou com relação aos tratamentos dados aos doentes mentais. As condições de maus-tratos permaneciam, mesmo com o incremento do setor privado.

Diante de um momento de reflexão, resumidamente, o setor privado durante a autocracia burguesa estava focado apenas na medicalização, o tratamento e a promoção do portador de transtornos mentais só se tornaram bandeira de luta durante a ascensão dos movimentos sociais, conseqüentemente, do MRP⁵. Na década de 1980, considerada como perdida economicamente, devido às dificuldades de financiamento do setor público ocasionada por uma crise estrutura oriunda da queda da taxa de valores, os movimentos sociais ascenderam e ganharam destaque nas lutas a favor da classe trabalhadora.

Como o Brasil é um país que depende financeiramente e ideologicamente dos países desenvolvidos os impactos da crise chega ao cenário nacional nos anos 1980. O Estado brasileiro passou a adotar medidas racionalizadoras para os gastos públicos. Adota-se um modelo de Cogestão. Esse foi um momento propício para articulação do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), que tinha como principal bandeira o fim da privatização da Saúde, das precárias condições de trabalho e do modelo hospitalocêntrico.

Nos anos 1980, alguns postos de chefia em programas estaduais e municipais dos hospitais públicos seriam comandados por participantes do MTSM. Estes locais foram alvos de mudanças de “uma prática psiquiátrica conservadora voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social” (AMARANTE, 1998, p.69). No quadro a seguir mostraremos os marcos históricos nesse contexto de luta entre os movimentos sociais e o Estado em parceria com a burguesia, durante a década de 1980.

Quadro 02: Marcos Históricos da Política de Saúde na Década de 1980

⁵ 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, p.6).

Década de 1980	Marcos Históricos
1981	Criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde (CONASP), que tinha como principal objetivo estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, o objetivo era reduzir gastos, propunha uma integração e hierarquização dos serviços de saúde, a redução do número de internação e reintegrações e a redução do tempo médio de pertencimento hospitalar.
1983	Surgimento do Programa de Ações Integradas de Saúde(AIS), colocado como uma estratégia de transição para um Sistema Unificado de Saúde. 1º momento das AIS: programa de atenção médica que se contrapõem aos modelos executados anteriormente pelas secretarias estaduais e municipais. 2º momento: enquadramento MS- profissionais oriundos do MS, passaram a fazer parte das instituições de saúde, o movimento levou a discussão do projeto de RS para o nível institucional. Entretanto, as AIS não conseguiram superar o caráter de política social.
1986	Realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Que durante sua realização debateu temáticas específicas de saúde mental
1987	No decreto as AIS é substituída pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). Sob pressão do MTSM, o Ministério da Saúde convocou a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental. Seus temas programáticos: a cidadania dos doentes mentais, a necessidade de revisão da legislação e a organização da assistência à saúde mental. Ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, o movimento de RP passou a incorporar outras entidades, como os usuários e a família, constituindo um Movimento Social na luta “por uma sociedade sem manicômios”. O conceito de desinstitucionalização proposto por Rotelli ⁶ passou a ser conceito básico determinante para o MRP. Importantes transformações aconteceram no Rio Grande do Sul, a Nossa Casa, em São Lourenço, e a Gestão da Política de Atenção Integral à Saúde Mental- em ambiente estadual; em Santos-SP, a internação na Casa Anchieta e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAP). Buscava-se substituir o aparato manicomial.
1988	É criado a Constituição Federal e o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.
1989	O deputado federal Paulo Delgado apresentou o projeto de lei de sua autoria (3.6157/89), cuja justificativa fazia menção explícita à lei Italiana 180. 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.

Fonte: (DALMOLIN, 2000).

A reforma psiquiátrica tem sido a diretriz da política pública adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo

⁶ Rotelli (In DELGADO et. al., 1991: 84) convida a pensar as relações entre técnica e política, explicitando a matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios e que funda a Psiquiatria, delegando a essas instituições o controle dos grupos sociais e dos indivíduos que não correspondem às regras e aos cânones da ideologia dominante. A ideia é superar a lógica manicomial, pensando novas formas de lidar com uma existência em sofrimento, com todas as suas determinações materiais e relações sociais e culturais, o que implica na desmontagem de todas as instituições postas a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma. Desinstitucionalizar, nesse sentido mais amplo, é desconstruir comportamentos e práticas postas a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por outras razões. Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos funcionais ao ser humano e ao incentivo de relações autênticas e espontâneas, desmontando os meios ditos terapêuticos que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência.

negociada entre as forças políticas. Contudo, a adoção da reforma psiquiátrica acontece num momento histórico e contraditório em que os países da América Latina começam a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais. (DIAS, 2007, p.134).

Na década de 1990 o Estado passa a realizar uma contrarreforma. Tendo em vista que a partir de então as políticas sociais sofrem desregulamentações, contraditoriamente a partir dos anos de 1990, se observa lentamente avanços na implantação da Reforma Psiquiátrica. O governo federal ratificou a Declaração de Caracas, de 1990, que prevê a organização de serviços comunitários em Saúde Mental e o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico. É no final dos anos de 1990, que a implantação do projeto de Reforma Psiquiátrica ganham diferentes direcionamento (do setor privado, do setor público e da parceria do setor público com o setor privado). Destaca-se como marcos históricos:

Quadro 3- Marcos Históricos dos anos 90 Referente à Política de Saúde Mental

Década de 1990	Marcos Históricos
1990	Ocorreu a Conferência Regional de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, resultando na Declaração de Caracas.
1991	Por declaração da ONU, foram definidos os princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental para melhoria da Assistência a Saúde Mental. Os órgãos responsáveis pela saúde, divulga uma série de portarias, visibilizando a possibilidade de estruturação e funcionamento de serviços de diversos níveis de complexidade assistencial, dentro das diretrizes do SUS e pertinentes à proposta da Reforma Psiquiátrica. O Ministério da Saúde estabeleceu como limite máximo 0,5 leito psiquiátrico por mil habitantes. No final deste ano, eram 0,56 leitos psiquiátricos por cada mil habitantes, esses se concentravam nas regiões mais desenvolvidas. O tempo médio de internação nesse período é de 55 dias, muito superior aos trinta dias preconizados pelo ministério.
1992	Aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental- CNSM, contando, com milhares de participantes de toda categoria, o diferencial, foi à participação dos usuários e das famílias. O evento discutiu os níveis municipais, regional estadual no que diz respeito à saúde mental. Os temas nos quais se centraram as deliberações do evento referia-se ao modelo de atenção e os direitos de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. O 1º tema diz respeito a organização de uma rede de atenção integral à saúde, envolvendo os mais variados recursos formais e informais. O objetivo é a transformação das práticas dos trabalhadores de saúde mental, por meio da organização do trabalho, capacitação e investigação, buscando, dessa forma, a desinstitucionalização. No que diz respeito aos direitos de cidadania, o trabalho deve ser voltado “para envolvimento das pessoas, num processo de organização crescente, de modo a que possam, cada vez mais, influir diretamente nas questões que lhe digam respeito”. O relatório final traz também deliberação sobre a municipalização, destacando os conceitos de território e responsabilidade, o financiamento, o gerenciamento, a vigilância, a capacitação do trabalho e da pesquisa e questões gerais sobre a revisão da legislação. Ademais, ainda existe recomendações as universidades e aos demais órgãos formadores para introduzir temáticas de saúde mental sob a ótica da saúde coletiva, orientando a criação de programas de extensão que formem os agentes comunitários e urbanos. No âmbito do Poder Executivo, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde-reconhece que a organização da rede de serviços de saúde para o atendimento às

	necessidades da população no campo da saúde mental, mostra-se, ainda, de forma geral, insatisfatório. O hospital psiquiátrico ainda detém papel hegemônico no conjunto dos serviços. Custo com plano social ainda são elevados, e um terço dos pacientes cronicados são residentes dos hospitais psiquiátricos, pois perderam completamente os seus vínculos familiares e sociais. As denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes são alarmantes.
1993	No âmbito nacional- a criação de Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar- GAPH.
1994	Com a resolução das diretrizes emanadas da 2º CNSM, o Poder executivo constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. A comissão é responsável pela definição dos rumos das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. O Ministério da Saúde criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação de assistência em saúde mental. O subsistema tinha o intuito de ser criado nas três esferas do governo, por meio da constituição de Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar- GAPH. As diretrizes e estratégias do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), apontando o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando: <ul style="list-style-type: none"> • A substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção integral em saúde mental. • A revisão jurídico-legal, objetivando sua compatibilização com as mudanças em curso e a garantia dos direitos civis e de cidadania às pessoas portadoras de transtorno mentais.

Fonte: (DALMOLIN, 2000)

Para Amarante (1996) esse lastro histórico marcado pelo fortalecimento do MRP se mantém vivo,- mesmo diante do processo de desmonte dos direitos sociais, iniciado pela Reforma do Estado, - porque o MRP:

Não perde por completo o *approach* crítico, ‘em parte’ isso pode ser atribuído à marcante influência de Franco Basaglia. Se comparado com o Movimento pela Reforma Sanitária, o movimento no campo psiquiátrico parece ir mais longe, no sentido das transformações mais propriamente qualitativas no âmbito no modelo de saúde que se implementa (AMARANTE, 1996, p. 21).

Até 1995, foram abertos cerca de 200 serviços de atenção psicossocial e mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Também em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental em que se consolidaram as propostas da Reforma Psiquiátrica. Os núcleos ligados ao movimento antimanicomial avançaram nas discussões através de congressos e encontros. Em 1996, estima-se que foram criadas cerca de 50 associações. (VASCONCELOS, 2000).

Ao mesmo tempo, cresceu a demanda por 23 atendimentos nos serviços de Saúde Mental em vista do aumento dos casos de estresses, depressão, ansiedade, fobias e dependência química os quais são ocasionados pelo aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria, e os sinais de má qualidade de vida e violência social(VASCONCELOS, 2000)

De acordo com o Ministério da Saúde, através de dados, referenciados no ano de 2004, no final dos anos 90, o país tinha 208 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) em funcionamento, mas

93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais. Isso significa dizer que o projeto de lei elaborado por Paulo Delgado⁷ sofreu diversos cortes, - principalmente quando se refere à extinção dos hospitais. Tal projeto culminou na aprovação da Lei 10. 216 em 2001 (não manteve o projeto original do deputado Paulo Delgado), depois de 12 anos de espera.

Quadro 04- Conteúdo da Legislação Brasileira Referente à Saúde Mental

Leis e Decretos	Conteúdos presente nos decretos e nas leis
Decreto 82/1841	Esse decreto determinou a criação dos hospitais psiquiátricos, o mesmo servia como lugar de punição aos que não possuíam comportamento “normal”.
Decreto 1.132/1903	O decreto determina que o único lugar autorizado a receber os loucos era o hospício, por reunir condições adequadas e toda internação estava sujeita ao parecer médico, detentor da “verdade” no que se refere à alienação mental.
Decreto 24.559/1934	Esse decreto “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos”(…).
Projeto de Lei 3.657/89(conhecido também como lei “antimanicomial” ou Paulo Delgado)	Regulamenta o direito dos usuários e prevê a extinção gradativa dos hospícios e a instalação de recursos extra-hospitalares substitutivos aos manicômios.
Portaria 189/1991	Essa portaria diz respeito a incentivo a implantação dos CAPS e regras mais rígidas de funcionamento e fiscalização dos hospitais psiquiátricos.
Portaria 224/1992	A portaria referida, trata-se exclusivamente da implantação dos CAPS.
Lei 9.867/1999	Para o governo esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma psiquiátrica italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG).
Lei 10.216/2001	Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial.
Portaria nº 251/2002	Essa portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Isto é, existe uma presença forte do hospital psiquiátricos no que diz respeito à internação.

⁷ O deputado Paulo Delgado ativista do Movimento de Reforma psiquiátrica, elaborou um projeto de lei que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Isto significa dizer, que o mesmo defende que o tratamento para com o usuário de saúde mental seja realizado por um rede de atenção a saúde mental.

Portaria 336/2002	Resultado de um longo e coletivo processo de revisão da histórica portaria nº 224, que estabeleceu a tipologia dos CAPS; De como deve ser seu funcionamento, a quem deve atender.
Decreto de 28 de maio de 2003	Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Esse grupo tem caráter provisório e será destituído tão logo cumpra suas funções.
Lei 10.708/2003	Esta lei possibilita a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Essa lei resulta no Programa De Volta Para Casa.

Fontes: AMARANTE (1994).

Diante disso, defendem-se como componente central da Reforma Psiquiátrica os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento (BRASIL, 2004).

4. Conclusões

Apesar dos avanços na expansão dos CAPS, das RST, etc. demonstrada na legislação, temos hoje ainda uma disputa entre dois modelos na saúde: “o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990” (BRAVO, 2006, p. 101). E ainda acrescentando, temos um terceiro projeto que se pauta na “terceira via” ou/e no Terceiro Setor- seria uma parceria do mercado, com o Estado e a sociedade civil, esta última representada pelos partidos, sindicatos e organizações sociais que são parte integrante do governo.

A tendência atual da política de saúde mental é um retorno às práticas conservadoras, na qual ainda é mantida nos hospitais psiquiátricos e nas chamadas Organizações Sociais. Um exemplo claro de uma prática conservadora é a internação compulsória na política de enfrentamento ao uso de crack na cidade de São Paulo, os atos de limpeza da cidade são agressivos, é um retrocesso tanto dos direitos humanos, como para o desenvolvimento da política de Saúde Mental (MEDEIROS, 2010).

Considera-se que este fato evidencia a importância e a necessidade de aprofundamento sobre as ações intersetoriais na Política da Saúde Mental e para as bandeiras da Reforma Psiquiátrica. Diante disso, é relevante que a categoria dos assistentes sociais se aproprie deste debate e busque, a partir de reflexões teóricas e práticas, contribuir para este avanço e, assim, possa presenciar a efetivação destas ações.

5. Referências

- AMARANTE, Paulo. A Luta Antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma Psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. Rumo ao Fim dos Manicômios. Revista: *Mente & Cérebro*, Setembro de 2006.
- _____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiatria no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. “Novos Sujeitos de Direito: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 1995, nº11. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- _____. - *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Brasília, DF: 2005
- BRASIL. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). *Relatório Final do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial*. Bahia, 1993.
- BRAVO; M.I. et al. (org.). *Saúde e serviço social*. 2. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.
- COSTA, Jurandir F. *História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico-* ed 5. Rev. Rio de Janeiro: Gramond, 2007.
- DALMOLIN, Bernardete Maria. *Trajetória da Saúde Mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo*. In: *O mundo da Saúde – São Paulo*, ano 24, v.24, n.1 jan/fev, 2000.
- MACEDO, Camila F. *A Evolução das Políticas de Saúde mental e da Legislação Psiquiátrica no Brasil*. Revista: *Jus Navigandi*, 2006. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil>. Acessado em 22 de outubro de 2014
- MEDEIROS, ANGELA C. P. *O trabalho do Assistente Social nas seções Núcleo de Apoio Psicossocial de Santos. Trabalho de Conclusão de Curso(em Serviço Social)- Universidade Católica de Santos*. Santos/SP, 2005.
- RESENDE, Heitor. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p.15-69.
- ROTELLI, Franco. *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. In *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Benilton Bezerra e Paulo Amarante (org.). – Rio de Janeiro: Relume: Dumará, 1991.
- VASCONCELOS, E. M . *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.