



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR - UCSAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E
CIDADANIA

ALLANA CAROLINA DE CASTRO CRISÓSTOMO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DIREITOS E
PRÁTICAS EM SALVADOR BAHIA

Salvador

2022

ALLANA CAROLINA DE CASTRO CRISÓSTOMO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DIREITOS E
PRÁTICAS EM SALVADOR BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador – UCSAL, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, sob orientação da professora Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Salvador

2022

Catálogo na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de
Bibliotecas

C932 Crisóstomo, Allana Carolina de Castro

Políticas públicas de saúde mental: direitos e práticas em
Salvador Bahia / Allana Carolina de Castro Crisóstomo. –
Salvador, 2022.

112 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-
Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais
e Cidadania.

1. Saúde mental 2. Direito 3. Política 4. Retrocesso I. Pitta,
Ana Maria Fernandes – Orientadora II. Universidade Católica
do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III.
Título.

CDU 616.89(813.8)

In Memoriam
Dedico este trabalho a meu querido e amado avô, Brás, pelo seu amor e carinho.
Minha eterna saudade!

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da FAPESB (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia), com concessão e incentivo financeiro que permitiu e viabilizou a pesquisa desta dissertação. Número do Processo: 084.0508.2020.0001666-16.

The present work was carried out with the support of FAPESB (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia), with a grant and financial incentive that allowed and enabled the research of this dissertation. Process number: 084.0508.2020.0001666-16.

AGRADECIMENTOS

Quem esteve comigo sabe todos os percalços para que conseguisse chegar até aqui. Parece um grande sonho a conclusão deste mestrado! Foram momentos difíceis vividos até o momento, inclusive por ter que cursar em meio a um momento tão sabático que foi a pandemia.

A Deus, por me dar saúde e força para chegar até aqui; sei que nunca irá me desamparar; que minha fé em ti nunca falte, Senhor!

À minha querida orientadora, Ana Pitta, que me conduziu e estimulou nesta longa empreitada; com toda sua doçura me orientou, deu norte nos momentos de maior dificuldade. Obrigada, minha pró! A senhora é especial.

Aos mestres: professor André Portella, por me orientar e abrir portas, e aos meus queridos professores, Dirley Cunha, pela parceria, amizade e orientação sempre; e ao Dr. Carlos Zamora pelo acolhimento e sensibilidade sem igual!

Aos Meus colegas, Matheus Cardoso e Cassia Pithon, por toda força e apoio nessa longa jornada. Vocês foram essenciais.

À equipe maravilhosa do CAPS que realizei visitas durante o projeto, me apoiou e ensinou nesse processo.

À minha família, sem ela, nada sou!

À minha mãe, que nem por um momento me deixou e por toda essa vida, me fez ser o que sou hoje. Mãe, você é parte de mim!

À Cláudia Sampaio, minha sogra, amiga, colega, que acreditou e me apoiou, abriu portas antes mesmo de iniciar a longa jornada; e ao meu sogro, Wellington, meu amigo, que nunca mediu esforços para me ajudar: a vocês, minha eterna gratidão!

E por fim, aos amores da vida: marido, amigo, parceiro e refúgio nos momentos mais deliciosos e difíceis nessa vida, João Victor! Admiração pelo homem que é. E ao meu filho, Joãozinho, meu coração fora do corpo, que me fez entender o amor da forma mais linda e pura.

[...] a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. Tudo o que havia de manifestação cósmica obscura na loucura, tal como a via Bosch, desapareceu em Erasmo; a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. A personificação mitológica da Loucura é, em Erasmo, apenas um artifício literário. De fato, há apenas loucuras — formas humanas da loucura: "Há tantas estátuas quanto homens"; basta dar uma olhada nas cidades, mesmo as mais prudentes e a melhor governadas" (FOUCAULT, 1972, pg.30).

RESUMO

CRISÓSTOMO, Allana Carolina de Castro. **Políticas Públicas de Saúde Mental: Direitos e Práticas em Salvador Bahia**. 2022.112f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Programa de Pós-Graduação Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania. Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2022.

A presente dissertação foi elaborada de acordo com a linha de investigação “direitos sociais e novos direitos, construção de sujeitos e cidadania”, do programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (PPGSC/UCSAL) e tem como proposta realizar reflexão crítica acerca do desenvolvimento e evolução das políticas de saúde mental e seu retrocesso a partir de 2016. Desde o início dos anos, 70 em um período de redemocratização do país, e com cenário propício para mudanças, surgiram os sinais dos primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica, luta antimanicomial e Reforma Sanitária no Brasil. Esses movimentos aspiravam pôr fim a antigos paradigmas através da implementação de um novo modelo de desenvolvimento, universalização da saúde pública e um tratamento ao indivíduo com transtorno mental, baseado na atenção psicossocial humanizada na garantia de direitos aos usuários e familiares que utilizavam esse sistema. A partir do processo de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial bem como, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que corroborou sobre preceitos de garantia à saúde com implementação e formalização do SUS, juntamente com as mudanças e transformações sociais acerca da saúde mental, despontaram na sanção da Lei 10.216/2001. A referida lei dispôs sobre a proteção e direitos à pessoa com transtorno mental, oportunizando um modelo mais humanizado, dando-lhes uma maior autonomia, liberdade, acesso a comunidade e extinção do antigo padrão asilar e manicomial de cuidado. Nesse sentido, o trabalho retrata um breve estudo sobre as influências da Reforma Psiquiátrica no Estado da Bahia, inclusive em Salvador, onde foi possível perceber a importância deste movimento. Assim, por meio de visitas a um CAPS da cidade, através de observação direta, além de estudo bibliográfico de artigos, livros, leis e decisões judiciais notou-se a importância da Lei 10.216/2001 no desenvolvimento do tratamento à saúde mental e sua validação social, bem como, implicações ao que concerne à judicialização da saúde mental, já que, a partir desse avanço houve uma maior preocupação do legislador, bem como do judiciário na defesa, proteção e tratamento à pessoa com transtorno mental. Ocorre que, em que pese toda ascensão que resultou na referida lei e implementação de um novo modelo de tratamento que culminou em maior autonomia e liberdade ao indivíduo com transtorno mental, resultado de anos de luta do movimento da Reforma Psiquiátrica com a mudança de governo que ocorreu no Brasil a partir de 2016, a saúde mental vem sofrendo um intenso retrocesso. Logo, a partir da implementação da “Nova Política de Saúde Mental” que se refere ao corte de recursos à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e retorno ao modelo antimanicomial, poderá gerar um desmonte após 30 anos do movimento exitoso, cuja análise é objeto do presente estudo.

Palavras-chave: Saúde mental. Direito. Política. Retrocesso.

ABSTRACT

CRISÓSTOMO, Allana Carolina de Castro. **Public Mental Health Policies: Rights and Practices in Salvador Bahia**. 2022. 112f. Dissertation (Master's in Social Policies and Citizenship) – Postgraduate Master's Program in Social Policies and Citizenship. Catholic University of Salvador, Salvador, 2022.

The present dissertation was elaborated according to the research line “Social rights and new rights, construction of subjects and citizenship” of the Social Policies and Citizenship program of the Catholic University of Salvador (PPGSC/UCSAL) and aims to carry out critical reflection on of the development and evolution of mental health policies and its setback from 2016. Since the beginning of the 70s, in a period of redemocratization of the country, and with a favorable scenario for changes, the signs of the first movements of the Psychiatric Reform, anti-asylum struggle and Sanitary Reform in Brazil. These movements aspired to put an end to old paradigms through the implementation of a new model of development, universalization of public health and a treatment for the individual with mental disorder based on humanized psychosocial care in guaranteeing rights to users and family members who used this system. From the process of reform and anti-asylum struggle, as well as, with the promulgation of the Federal Constitution of 1988, which corroborated the precepts of guaranteeing health with the implementation and formalization of the SUS, together with the changes and social transformations regarding mental health, emerged in the sanction of Law 10.216/2001. This law provided for the protection and rights of people with mental disorders, providing a more humanized model, giving them greater autonomy, freedom, access to the community and extinction of the old asylum and asylum standard of care. In this sense, the work portrays a brief study on the influences of the Psychiatric Reform in the State of Bahia, including Salvador, where it was possible to perceive the importance of this movement. Thus, through visits to a CAPS in the city, through direct observation, in addition to a bibliographic study of articles, books, laws and judicial decisions, it was noted the importance of Law 10.2016/2001 in the development of mental health treatment and its validation. as well as implications regarding the judicialization of mental health, since, from this advance, there was a greater concern of the legislator as well as of the judiciary in the defense, protection and treatment of the person with mental disorder. It happens that, despite all the rise that resulted in the aforementioned law and the implementation of a new model of treatment that culminated in greater autonomy and freedom for the individual with mental disorders, the result of years of struggle of the Psychiatric Reform movement with the change of government that occurred in Brazil from 2016 onwards, mental health has been experiencing an intense setback. Thus, from the implementation of the "New Mental Health Policy" which refers to the cut of resources to the Psychosocial Care Network (RAPS) and return to the anti-asylum model, it may generate a dismantling after 30 years of the successful reform movement, whose analysis is object of the present study.

Keywords: Mental health. Ridth. Politics. Backtracking.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Página interna do primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia.....	48
Figura 2 – Revistas Associação Psiquiátrica da Bahia.....	48
Figura 3: Capa da Carta elaborada pelos usuários e familiares.....	62
Figura 4: Número de leitos psiquiátricos por ano.....	73
Figura 5 – Beneficiários ativos no programa.....	76
Figura 6 – Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância).....	81
Figura 7 – Objetivos de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial em Salvador.....	86

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
1.1	OBJETIVO GERAL.....	13
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.3	METODOLOGIA.....	13
2	INTRODUÇÃO	15
3	POLÍTICAS DE SAÚDE: CONSTITUIÇÃO E DIREITOS FUNDAMENTAIS	21
3.1	A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL.....	29
3.2	REFORMA NA BAHIA.....	41
3.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	50
4	DIREITOS: AS LEIS, LAÇOS EXISTENTES 1932 a 10.216/2001	66
4.1	O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	69
4.2	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	77
5	UM CASO, UMA PRÁTICA QUE ATRAVESSA MUDANÇAS	84
6	RETROCESSO E DEVASTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
8	REFERÊNCIAS	103

1 APRESENTAÇÃO

O desejo e o interesse pelo estudo da saúde mental foram identificados desde o final da graduação em Direito, ao elaborar o trabalho de conclusão de curso, cujo tema pautava acerca do Manicômio Judiciário em Salvador. Mesmo com a imaturidade de uma aluna recém-formada, já apresentava sinais inconscientes de preocupação com pessoas que apresentavam algum transtorno mental.

Inquietações foram surgindo ao longo do curso de mestrado e, nesse período, a oportunidade de iniciar a graduação em psicologia em que foi possível convergir o conhecimento desses cursos que compartilham do mesmo propósito: ambos consideram o comportamento humano, buscando ações efetivas na evolução e desenvolvimento social. No caso do Direito, pautado na legislação; já, em se tratando da Psicologia, trabalhando a atenção psicossocial visando ao resgate psíquico da cidadania.

O trabalho teve início com orientação da professora Ana Pitta, que norteou concepções que ainda estavam dispersas. Estar ao lado da pessoa que participou ativamente na Reforma Psiquiátrica Brasileira, fazendo parte do processo de elaboração da lei 10.216/2001 – lei que trouxe garantias de proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando a um novo modelo de atenção psicossocial – foi oportunidade única e estimulante.

Ademais, a partir da observação presencial a um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, da cidade de Salvador, foi possível identificar uma realidade, talvez desconhecida pela maioria. Pessoas diagnosticadas com transtorno mental que, desamparadas, buscam o CAPS como ensejo de melhores condições de vida e saúde, já que, na maior parte das vezes, se sentem à margem da sociedade e assim, encontram no CAPS, uma esperança de vida.

No período de visitas ao CAPS, nota-se ainda o compromisso dos profissionais da saúde que labutam dando suporte aos pacientes através de atendimento e elaboração de diagnóstico clínico, projetos terapêuticos, atividades de reabilitação psicossocial. Todo acolhimento ofertado por esses profissionais tem como resultado o sentimento de gratidão dos pacientes e seus familiares.

O presente trabalho tem como escopo o processo da reforma psiquiátrica no Brasil e na Bahia com o movimento antimanicomial da saúde mental até os dias

atuais.

1.1 OBJETIVO GERAL

A dissertação tem como objetivo geral analisar o histórico e avanços das políticas e democratização de saúde mental na Bahia, inclusive após os anos setenta, bem como as influências desse novo modelo nos processos de judicialização no estado. Ademais, o trabalho visa ainda, retratar o atual retrocesso que vem sendo instalado após a “Nova Política de Saúde Mental” (2019).

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A pesquisa tem como objetivos específicos: compreender a complexidade da Assistência à Saúde Mental e da Psiquiatria, observando aspectos jurídicos e constitucionais que influenciaram as legislações que tratam do paciente com transtorno mental, evidenciando seus impactos sociais, bem como jurisdicionais; a partir de mudanças de governos que vêm acontecendo desde agosto de 2016, que promoveram grandes retrocessos, após anos de luta e Reforma Psiquiátrica, discutir o atual momento crítico das políticas de Saúde Mental.

1.3 METODOLOGIA

A dissertação é uma análise sobre a política de saúde mental e se utiliza de uma estratégia de pesquisa qualitativa abarcada em método bibliográfico, documental, a partir da leitura de inúmeras leis, portarias, atos normativos e um estudo empírico através da observação de um serviço substitutivo ao manicômio no subúrbio ferroviário de Salvador, Bahia.

O estudo para o desenvolvimento da presente dissertação iniciou a partir da leitura e análise de fontes bibliográficas, bem como, leis, portarias e atos normativos que foram fundamentais para o embasamento da pesquisa. Dessa forma, o trabalho faz uma abordagem sobre a saúde mental desde sua origem, trazendo a importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental, evolução de manifestações populares com apoio dos órgãos de classe, profissionais da saúde, dentre outros, que culminaram na criação da Lei 10.216/2001. Contudo, mesmo após 30 anos de luta

reformista, o movimento vem perdendo forças nos últimos tempos, em razão do desfinanciamento do Sistema Único de Saúde – SUS e da implementação de políticas de saúde que declinam face ao desgoverno representativo no Brasil a partir de 2016.

A fim de realizar um estudo de observação e investigação, foi descrito o trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial por meio de uma observação direta no campo. Após observação realizada, e a partir das visitas ao CAPS, foi possível compreender alguns problemas enfrentados para manter a instituição.

Ressalte-se que, um dos principais impedimentos que este CAPS experimenta atualmente, refere-se ao desaquecimento das políticas de saúde e repasse de verbas públicas para o investimento, já que, o município depende de parte de verba Estadual e Federal - responsabilidade tripartite – para gestão da saúde e essas estão sendo recebidas de forma escassa.

Após a etapa de observação exploratória de campo, foi possível através de pesquisa bibliográfica, artigos científicos e livros, perceber a densidade dos escritos e autores acerca do tema. Alguns chamaram a atenção pela presença e participação no processo de Reforma Psiquiátrica, assim como o interesse no tema da saúde mental, além da quantidade de documentos publicados e atualizados, inclusive quanto ao desmonte na saúde mental de 2016 até os dias atuais.

2 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa faz um breve aparato histórico acerca da construção das políticas públicas de saúde mental, desde a Grécia antiga em que os “loucos” tinham relações espirituais com os Deuses, passando pelo momento que foram socialmente excluídos, recebendo um tratamento desumanizado, até a Revolução Francesa, quando o médico Phillippe Pinel é designado para encontrar um lugar e um tratamento para os loucos de todo o gênero (1793).

A Revolução Francesa¹ que, de acordo com COGGIOLA (2013), foi um dos momentos críticos e mais abordados pela história em razão de sua importância política e ideológica que pôs fim ao regime absolutista.

Essa mudança atravessa os tempos, até a redemocratização do país na década de 1970 e merece a análise dessa dissertação através do movimento Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação da Lei 10.2016/2010.

Segundo Nascimento (2019):

Em que pese a Reforma Psiquiátrica ter apresentado seu estopim na década de 70, na realidade, ela se fez presente desde o médico psiquiatra Philippe Pinel (1808) que atuou em tempos que repercutiam a Revolução Francesa e Industrial. O profissional ganhou destaque à época, em razão de seu modelo de tratamento evoluído para àquele período, já que proporcionou uma prática terapêutica que combinava a técnica médica, banindo tortura através de uma intervenção humanizada. (NASCIMENTO, 2019).

Esse amplo movimento que ocorreu em diversos Estados do país, no presente caso foi realizando estudo especificamente na cidade de Salvador, na Bahia, que também incorporou a ação da luta antimanicomial

O primeiro capítulo faz uma breve digressão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e na Bahia, em um momento que o acesso à saúde era apenas privilégio de algumas classes sociais, ficando a maior parte da população à mercê da caridade e desassistência, o que demonstra pouca atuação governamental, além de ter sido um período em que não havia dispositivos que tratassem acerca de

¹ O referido movimento teve forte **influência** do iluminismo, século das luzes com crenças consideradas de esquerda. A população indignada com a crise econômica, bem como com ideais contrários aos privilégios da aristocracia e clero, que pretendiam manter o pagamento de impostos. Todavia, os revolucionários nobreza e população, se uniu a fim lutar pelo fim do antigo regime e privilégios do clero e implementação a um modelo. COGGIOLA (2013)

garantias, direitos, nem políticas públicas sociais à população.

O capítulo retrata ainda sobre os principais fatos que ocorreram no período Getulista com reformulação da saúde pública e o tratamento de endemias e epidemias, entretanto, recursos atribuídos à saúde passaram a ter outras destinações, o que contribuiu ainda mais para a precarização das políticas públicas de saúde mental que, nesse período, pouco eram discutidas.

O segundo capítulo faz uma periodização da história da saúde mental retratando as crenças acerca da loucura desde a Grécia antiga, em que se acreditava que o transtorno mental provinha de poderes divinos” e assim perdurou até a idade média. O capítulo aduz a precária situação que viviam os indivíduos com transtorno mental nos hospitais, demonstrando o tratamento pelos quais eram submetidos; além disso, muitos eram deixados por seus familiares, julgados e excluídos socialmente, além de viverem em completo abandono sem direito e amparo do Estado.

Diante desse contexto, surge a importante figura do médico psiquiatra Philippe Pinel, que revoluciona com seu novo ideal de mudança através de um modelo de tratamento humanitário, considerado ainda, o pai da Psiquiatria.

Após realizar um breve histórico sobre a saúde mental no Brasil, o capítulo três aborda sobre processo de institucionalização psiquiátrica no país e os seus principais atores à época.

O processo de Reforma Psiquiátrica e Luta antimanicomial é considerado pela maioria dos autores como um processo extenso e complexo que tornou o movimento brasileiro referência no mundo.

Facchinetti (2008) afirma que: “em razão de sua forma de tratar o indivíduo com transtorno mental que divergia do padrão, proporcionou um novo modelo de prática que combinava a técnica médica e seu conhecimento, além de uma Reforma Psiquiátrica na reorganização dos hospitais” (FACCHINETTI, 2008).

Alguns profissionais da saúde já apresentavam traços de indignação ao padrão de tratamento que era realizado nos pacientes com transtorno mental, como é o caso de Nise Silveira, Osório César, Ulisses Pernambucano, Luíz Cerqueira, dentre outros grandes nomes que modificaram o rumo dos procedimentos psiquiátricos, além de influenciarem diretamente os ideais reformadores.

Apesar das grandes dificuldades na saúde perpassadas no período ditatorial, em razão da ausência de garantias, direitos sociais e humanos, houve uma queda

de investimento na saúde pública, já que esses valores eram direcionados aos hospitais privados e lucrativos que apresentaram um exacerbado crescimento de leitos psiquiátricos, o que era contrário ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, esse modelo asilar e as pesquisas científicas à época já demonstravam a recidiva do transtorno, quando o indivíduo passava por excessos e ingerência medicamentosa, além de internação em condições desumanas, conforme previa o antigo modelo asilar.

Já existem no país, corroborando estudos internacionais, evidências de níveis de efetividade individual e social maiores para pessoas com transtornos mentais que estão sendo tratadas na comunidade, se comparadas àquelas tratadas em regime de privação de liberdade (PITTA, 2011, p.4580).

A saúde nessa época não era privilégio de todos, a população experimentava a segregação provocada pela centralização da previdência privada, apenas aos que trabalhavam era possível o acesso à saúde. Esse modelo, mais tarde se transformou nos planos de saúde.

Diante disso, profissionais da saúde, ativistas, bem como órgãos de classe, usuários e familiares, todos tomados por um sentimento democrático de liberdade e busca de direitos sociais, se reuniram através de Conferências de Saúde a fim de dar um novo rumo a saúde pública no país. Nesse mesmo período, o movimento de Reforma Sanitária que também desabrochava, serviu de impulso para que ambos se unissem por um mesmo ideal.

Nessa era de Reformas tivemos dois movimentos sócio-políticos mais determinantes dessa transição: na Saúde em geral a Reforma Sanitária, e na Saúde Mental a Reforma Psiquiátrica, que conviveram e se alimentaram da mesma efervescência político-participativa e democratizante da época (PITTA, 2011, p.4582).

A partir da década de 70, período de democratização, em um atraente cenário de manifestação popular, buscando uma sociedade democrática, justa e igualitária, com garantia de Direitos pelo Estado. Além disso, o Brasil contou com uma grande influência reformista como Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Robert Castel, que estavam presentes em Congressos, Seminários e Universidades, provocando ideais revolucionários na população, quanto à defesa e garantias do paciente com transtorno mental.

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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.6).

O movimento de Reforma Psiquiátrica ganha força das Conferências de Saúde e Saúde Mental, além do apoio do Movimento Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), Congresso dos Trabalhadores em Bauru em 1987 conseguiu alcançar o momento divisor que articulou a Reforma Psiquiátrica num partir do preceito “por uma sociedade sem manicômios” um cenário de participação e luta por direitos. A partir desses fatos, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica sob o nº 3657/89 que culminou, posteriormente, na Lei 10.216/2001. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, após longos anos de regime ditatorial e antidemocrático.

Antes de promulgada a Constituição Federal de 1988, a população viveu um contexto de abstenção de direitos sociais em que não havia políticas públicas integrativas e sequer, normas sobre direitos essenciais e políticas públicas de saúde.

A partir da Constituição Federal de 1989, tanto no modelo republicano, quanto, no de representação popular, trouxe significativos avanços além de garantias individuais e coletivas que, em outro momento, sequer era possível. Desde então, o Estado passa a ter o dever legal de promover uma maior segurança à população, no que concerne aos direitos sociais, políticos, redução das desigualdades, bem como acesso à saúde e prevenção às doenças.

Segundo Cunha (2020, p.76): “a Constituição, portanto, tem o objetivo de racionalizar, estabilizar, garantir e possibilitar, construir e liminar um processo político livre e garantir liberdades”.

O capítulo quatro trata do processo de desinstitucionalização com a criação do Projeto de Lei 3657/198 de 1989 do então Deputado Paulo Delgado, até a transformação e elaboração da Lei 10.216/2001, de assistência à saúde mental, que foi motivado pela grande pressão dos movimentos sociais, Conferências Nacionais e necessidade de mudanças no tratamento desumano do indivíduo com transtorno mental.

A proposta de Projeto de Lei que tramitou por 12 anos no Congresso

Nacional, passou por inúmeras resistências até que, finalmente, tenha restado vitoriosa com a sanção da Lei 10.216/2001, que é um marco evolutivo para a políticas de saúde mental no país, haja vista ter proporcionado proteção e garantia a pessoa com transtorno mental, além de um modelo voltado a atenção psicossocial. Após a sanção da lei, notou-se ainda uma maior preocupação do judiciário no sentido de prevenção das políticas de saúde mental, bem como, promoção de melhores condições ao indivíduo com transtorno mental

O sistema de saúde mental vigente atualmente passou por um extenso processo evolutivo, inclusive, no que concerne ao modelo anteriormente hospitalocêntrico asilar desenvolvendo para o assistencial comunitário, respaldado na Lei 10.2016/2001. A referida Lei 3657/198 de 1989 por Paulo Delgado e, no Brasil, é considerada o marco histórico da positivação de garantia e proteção ao paciente com transtorno mental, bem como dispõe sobre a importância do tratamento psicossocial e humanitário em que a internação somente deverá procedida mediante motivos de extrema necessidade.

Após sanção da Lei 10.216/2001 a saúde mental passou a instrumentalizar a plena posição da cidadania e individualidade aos enfermos mentais promovendo um debate sobre direitos humanos e sociais além das relações de poder que foram estabelecidas institucionalmente. (SILVA, 2013, p.23).

Entretanto, em que pese anos de processos que movimentaram toda vida política, social da população que garantiu melhoria nas condições de tratamento do paciente com transtorno mental e sua família, após o ano de 2015, em razão de novo governo Federal no neoliberal no Brasil, as políticas de saúde mental vêm sofrendo um grande retrocesso.

Após retratar o bem-sucedido processo de evolução na saúde mental, o capítulo cinco remonta o retrocesso que ela atualmente vem atravessando com a mudança de gestão do governo federal desde o ano de 2016. Após o impeachment da presidente eleita, na época, permaneceu no cargo o seu vice-presidente que enviou proposta de congelamento nas verbas direcionadas para educação e saúde por 20 anos, a Proposta de Emenda Constitucional, PEC 241. A aprovação dessa PEC retratou o início do que estava por vir!

Nesse contexto de desmonte governamental, em 2018, foi eleito novo presidente no país que manteve princípios antidemocráticos e neoliberais de desfinanciamento das estratégias comunitárias da atenção à Saúde Mental,

passando a reduzir repasses financeiros à saúde, sem a discussão prévia com os grupos de interessados, além de fomentar a volta de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, ambas as estratégias pautadas no antigo modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde. Esse movimento de governo recente contribuiu para invasão da política baseada num preceito do neoliberalismo que impõe redução de gastos, inclusive no que se refere à saúde mental, a “Nova Política de Saúde Mental”. Essa nova política pode colocar em risco quase 30 anos de um processo exitoso na história da saúde mental, álcool e drogas.

Em razão da edição de novos documentos, é incentivado “[...] o retorno à hospitalização para usuários com transtorno mental em hospitais psiquiátricos, e em Comunidades Terapêuticas, para os usuários de álcool e outras drogas” (PITTA, 2019, p.11), além de implementação de medicamentos e eletroconvulsoterapia que, anteriormente, foi substituído por tratamentos terapêuticos que garantiam a efetividade do cuidado ao paciente.

Não ignora, contudo, os benefícios farmacológicos e os avanços científicos, mas os engloba a uma visão ampliada que se constitui através de ações psicossociais, da articulação entre diversos campos de saber e da construção de relações de cuidado não hierarquizadas de poder. (SILVA, 2013, p.23).

Por fim, o capítulo seis aborda que, apesar de anos de luta que desencadearam em garantias, direitos e efetividade no tratamento do paciente com transtorno mental e sua família, a “nova política” que vem sendo implementada desde 2016, representa ameaça e retrocesso a todos os direitos que até aqui foram constituídos. Por esse motivo, importante a união da sociedade e usuários a fim de novos debates que contenham essas novas políticas contra reformistas e inconstitucionais.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE: CONSTITUIÇÃO E DIREITOS FUNDAMENTAIS

As políticas públicas de saúde são programas e ações do governo que orientam e beneficiam a população a fim de assegurar direitos fundamentais à saúde, conforme constitucionalmente previstos.

Entretanto, “nem sempre as políticas públicas de saúde existiram, na realidade, durante um longo período os assuntos relacionados a assistência à saúde eram apenas ofertados e limitados às ações de saneamento e combate às endemias” (JUNIOR; JUNIOR, 2006, p.2).

O SUS (Sistema Único de Saúde), passou por um longo período de formulação até que fosse finalmente concretizado e estabelecido na Constituição Federal de 1988, “[...] tem sido marcado por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional [...]” (FUNASA, 2017, p.1).

Conforme Junior (2006), em 1930 notou-se uma ênfase às ações de caráter coletivo que passam a destacar a assistência médica individual que, posteriormente, deram origem aos planos de saúde. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, com a promulgação da Lei 1920, durante o Governo Vargas, e se dedicou às atividades de caráter coletivo, bem como a criação de campanhas de vigilância sanitária. Sendo assim, notou-se também a necessidade de garantir a manutenção do trabalho mais urbano e fabril.

Nesse contexto, diante dos problemas sanitários brasileiros e as questões de saúde pública “o Ministério da Saúde juntamente com as secretarias de municípios promoveram ações de promoção e prevenção à saúde, campanhas de vacinação e controle de endemias, o que era limitado para as necessidades da população” (CONASS, 2003, p.14).

A redemocratização do país, iniciada em 1945, fez ressurgir no interior da Assembleia Constituinte os debates a respeito da reorganização da sociedade brasileira. Por conseguinte, os problemas sanitários brasileiros e as questões de saúde pública passaram a integrar as discussões. Ainda na Assembleia Constituinte, deputados recém-eleitos, como os médicos Alcedo Coutinho (PCB) e Miguel Couto Filho (PSD), expressaram sua preocupação acerca das precárias condições de saúde em que se encontrava a maioria da população brasileira, relançando a ideia da criação de um ministério independente para a saúde pública. (CONASS, 2003, p.15).

Diante do contexto de precarização da saúde, além de parte da população viver excluída dos serviços básicos desses sistemas, surgiu então, por parte de camadas específicas da população, inclusive estudantes e profissionais da saúde, a discussão acerca das necessidades de implementação de políticas públicas de saúde de forma universal.

No entanto, nota-se que a criação dessas políticas saúde no Brasil vão muito além da prevenção à doença, mas é caracterizada por diversos períodos de transições e dos mais distintos representantes políticos à época, com ideais ideológicos que influenciaram e ainda influenciam diretamente a criação de novas configurações sociais, seja na saúde, ou na educação e segurança.

No Brasil, até os anos 1950, ainda não existia uma estrutura sanitária padrão que fosse descentralizada. Assim, as campanhas de saúde pública tinham objetivo de combate às endemias, todavia, em razão da ineficiência desse modelo centralizador, que não dava cobertura assistencial a toda população que era direcionado apenas uma parte específica da população, notou-se a necessidade da implementação de extensão dessa assistência. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Em 1963, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ficou expressa a necessidade de implementar um novo modelo assistencial, contrário àquele centralizador, bem como a necessidade de serviços especializados a pessoas com transtorno mental.

Em várias passagens dessa Conferência menciona-se a palavra rede – rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica –, designando meramente um conjunto de serviços com características comuns. A ideia de rede está fortemente vinculada à melhor distribuição dos serviços de saúde, à constituição e ramificação desses serviços pelo território nacional. Nessa perspectiva, a rede é tomada como uma espécie de matriz técnica, um meio de organização do espaço-tempo, de melhor dispor os recursos sobre o espaço territorial. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p.4).

Em que pese a importância dessa Conferência, em razão da Guerra Fria e intensificação das potências capitalistas x socialistas que geraram consequências políticas que duraram 20 anos no Brasil e resultou na implantação do Regime Militar gerando a desarticulação social, deixando de lado investimentos na saúde pública, proibição de movimentos democráticos, abertura da economia para o capital estrangeiro, contenção de salários, bem como a proibição de greves.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014, p.17), “[...] o sistema público de

saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública”. Ademais, conforme predispõe Almeida (1998, p.11), tendo em vista a redução na qualidade dos serviços de saúde do período militar e o incentivo ao desenvolvimento do setor privado com a previdência (contratação de cias privadas, médicos e cooperativas) agravou Reforma Psiquiátrica.

Com a implantação do Regime Militar no Brasil houve corte de verbas públicas em que o dinheiro público estava sendo utilizado para a construção de hospitais privados no país, o que provocou um intenso complexo “médico-hospitalar” colocando foco mais no médico que no paciente.

E assim, surge uma nova concepção política que já havia se formado com ideais e interesses na saúde, os IAP's, que eram os Institutos de Aposentadorias e Pensões, criado no governo Vargas. Sob a justificativa de falência dos IAP's, os militares criaram os INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) com um conceito tripartite (União, empregados e empregadores). (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.18).

A partir de 1966 com a fusão dos IAPs originou-se o INPS que uniformizou e centralizou a previdência social e firmou como principal órgão de financiamento a saúde e centralização das políticas com cobertura assistencial, assim entende Junior e Junior (2006).

O modelo de remuneração por unidade de serviços (US), posto em prática pelo INPS para pagar seus fornecedores, mostrar-se-ia altamente danoso por incentivar a corrupção, ampliar de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários e impedir qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados (BRAGA, 1986).

Antes da criação do SUS, a população era formada por dois grupos de acesso à saúde, “[...]a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classes [...].” (CONASS, 2003, p.15).

Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS. Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais. (CONASS, 2003, p.15).

Nota-se com isso, a segregação que a população Brasileira vivia, em razão de que apenas alguns indivíduos que contribuíam com a previdência privada tinham acesso a direitos e acesso básicos à sobrevivência e prevenção à doença. Antes da implementação do SUS, por não haver a consagração dos direitos fundamentais e previsão legal, era comum pacientes perderem a vida por falta de atendimento médico ou leito de UTI e isso era banalizado pela sociedade.

Naquele momento histórico a saúde era privativa a um número determinado de pessoas que trabalhava por carteira assinada. Assim, a lógica desse sistema notadamente desigual quando analisado o contexto social, visto que a saúde não era um direito básico universal. Conforme Conass (2003): “o financiamento das atividades de atenção e saúde eram discriminatórias desde a sua origem quando na divisão dos órgãos públicos”.

E foi “[...] justamente esses interesses dominantes cristalizados no Estado e nos aparelhos de hegemonia encontravam-se presentes na conjuntura da transição democrática, onde nasceu a proposta da Reforma Sanitária [...]” (PAIM, 2008, p.61), que teve origem num período de ditadura no país.

Foi um fenômeno histórico social que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial e um movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas. (PAIM, 2008, p.36).

A Reforma Sanitária no Brasil foi um movimento contra a Ditadura Militar que já nasceu com ideais revolucionários. A mudança dos valores e princípios de pensamento da população foram essenciais nas transformações das políticas de saúde que culminaram, posteriormente, na criação do SUS.

“No Brasil, a Reforma Psiquiátrica confunde-se com o próprio movimento pela Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização do país” (CAVALCANTI, 2008, p.1). As afinidades quanto ao interesse à implantação de saúde pública universal, além da abertura política uniram os movimentos buscando qualidade de vida da população através de um modelo de rede social e efetivo.

Apesar desse período ter sido marcado por crises de recursos financeiros, enfraquecimento das ações do Ministério da Saúde e prejuízos econômicos intensos devido o pós-guerra, não se pode deixar de mencionar as consequências que esse

período provocou quanto à promoção de um intenso amparo na solidariedade jamais visto antes. De acordo com Paiva e Teixeira (2014):

[...] percebeu que a distensão ocorrida no final dos anos 1970 também possibilitou o desenvolvimento de movimentos sociais, que tiveram importante atuação na gênese desse processo. O movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos foram os principais. O primeiro surgiu a partir de grupos apoiados pela Igreja Católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades e tinha como uma de suas principais bandeiras a melhoria das condições de saúde dessas regiões. Na década de 1980, esses grupos alcançaram expressão nacional a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária e, em pouco tempo, mudaram seu eixo de atenção das ações comunitárias de base local para a demanda por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde [...]. (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.23).

Pouco antes da promulgação da Constituição Federal democrática de 1988, os movimentos populares já demonstravam sua força e interesse no bem maior, a população. Assim, através de ideais revolucionários e resistência ao regime autoritário instaurado à época, movimentos sociais trouxeram à tona demandas fundamentais na luta por uma nova organização da saúde pública, a fim de promover o bem-estar social.

Não obstante, toda a luta social para um novo modelo de política, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência de Saúde que foi reflexo dos movimentos de Reforma Sanitária que tinham como objetivo um novo modelo de saúde e a efetivação do Estado no dever de promover a saúde, inclusive mental, de forma universal, hierarquizada bem como a melhoria administrativa e financeira desse sistema.

Conforme dispõe o Conselho de Saúde (2019, p.1): “a 8ª conferência teve um intenso avanço e consistência, além de contar com o apoio e criação de grandes órgãos como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 1979”.

Esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates. Muitos desses autores vinculados ao movimento sanitário foram, também, convidados para participarem das três grandes mesas-redondas. (PAIM, 2007, p.92).

A partir de mudanças ideológicas e redemocratização do país, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que serviu como marco e conexão a um período

de restrição de direitos, com a Ditadura Militar, para a implementação de uma nova política democrática, assegurando e garantindo a população condições sociais e individuais, liberdade, segurança, bem-estar, saúde, desenvolvimento e justiça como valores máximos na busca da redução das desigualdades sociais.

Nesse contexto de luta contra o regime ditatorial foi promulgada a Constituição de 1988, 7ª da história, amplamente democrática e embasada em direitos humanos e fundamentais na busca da promoção da dignidade da pessoa humana, princípio Constitucional positivado logo no artigo primeiro.

A partir desses debates e união da população, foi possível através da promulgação da Constituição Federal discutir e implementar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de uma forte oposição ao modelo de saúde mental hospitalocêntrico e implementação da desinstitucionalização do paciente com transtorno mental e sua família.

Para Cunha (2020):

Para que se verifique o grau de evolução democrático em um país, é preciso analisar a efetividade e expansão dos Direitos Fundamentais da pessoa humana e a possibilidade de se afirmar em juízo. Diante disso, pode-se concluir então que, a proteção aos direitos humanos e fundamentais que um país retrata são essenciais para avaliação sobre o seu grau de democracia. (CUNHA, 2020).

A nova constituição declarou um modelo implementado sob atuação do Estado Democrático de Direito orientando os estados a realizarem postulados antiautoritários. Esse conceito revela o que antes não existia: assegurar uma sociedade livre, justa, pluralista e que todo poder emane do povo e em benefício dele com o reconhecimento dos Direitos Humanos e Fundamentais.

Apesar de não haver um conceito específico sobre o que seriam os direitos fundamentais, pode-se dizer então que caberia ao Estado o dever de garantir ao cidadão, direitos básicos públicos, subjetivos e privados na busca da redução das desigualdades sociais e exclusões da população para uma sociedade justa.

“O Estado Democrático se assenta no pilar da soberania popular, pois a base está ligada à noção de governo do povo, pelo povo e para o povo”. (CUNHA, 2020, p.488).

Dessa forma, a Constituição de 1988 inovou em todos os sentidos, promovendo uma ordem social, inclusive ao que concerne à saúde universal definidos na justiça e bem-estar social. Esse novo modelo democrático objetivava

uma sociedade justa, solidária e livre, bem como erradicar a pobreza atenuar as desigualdades sociais e regionais.

Pode-se afirmar que a Constituição de 1988 inaugura, pelo menos teoricamente, uma etapa de amplo respeito pelos direitos fundamentais e reconhecimento à sua efetividade.

Corroborando com Paiva e Teixeira (2014), entende-se que:

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.2).

Ao assegurar expressamente direitos à população que antes não existiam; o direito à vida e à igualdade e o direito social à saúde era preciso que o Estado passasse a atuar de forma ativa, garantindo ao cidadão o mínimo necessário à vida com dignidade e essa pesquisa abordará acerca da ordem social à saúde da população.

As políticas de saúde estão apresentadas no art. 196 através da Constituição Federal e através da redação que lhe é dada, é possível compreender o dever do Estado como garantidor do acesso à saúde de forma universal, igualitária buscando dirimir e prevenir risco de doenças.

“Desse modo, através de uma política integralizada de saúde, o SUS institui um modelo de sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado e com ampla participação da população”. (CUNHA, 2020).

“[...]o Estado tem a obrigação constitucional (portanto, competência vinculada; e não discricionária) de disponibilizar ações e prestar todos os serviços necessários para garantir a saúde de todos, notadamente, os hipossuficientes”. (CUNHA, 2020, p.1292).

Dito isso, aquele episódio anteriormente citado sobre banalizar o fato que o indivíduo morreu por ausência de leito de UTI ou falta de atendimento médico, passam a não ser mais analisado como algo comum. A partir desse momento a população tem a possibilidade de cobrar, até mesmo judicialmente, por suas

garantias legais de saúde, agora positivadas em uma constituição.

O artigo 196 da Constituição compreende sobre o funcionamento da política pública de saúde como dever do Estado a fim de que seja garantido acesso universal e igualitário a toda a população e a saúde como um direito fundamental e garantia de redução e prevenção ao risco de doenças e bem-estar social, assegurando ao cidadão o mínimo necessário para sobrevivência e saúde.

A partir da inserção do Sistema Único de Saúde, no art. 200 da Constituição Federal, é possível entender as ações atribuídas a esse órgão que, mais tarde, sancionada ainda uma Lei Federal específica dispôs sobre todas as condições, objetivos, princípios, atribuições do SUS, bem como o financiamento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um patrimônio do povo brasileiro e uma conquista do movimento social intitulado: Movimento da Reforma Sanitária, a partir do qual, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social e tendo como princípios fundamentais a universalidade, integralidade na assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

Para que os deveres imputados ao Estado e os procedimentos do SUS sejam efetivados, é necessário que ele disponha de recursos financeiros assegurados através da arrecadação de tributos e que são gerenciados entre Município, Estado e União através de convênios.

De acordo com Santos e Terraz (2014), embora a Constituição Federal tenha sido um importante marco evolutivo sobre a garantia de políticas públicas de acesso integral, com ações e serviços de saúde regionalizados, descentralizados e hierarquizados, o SUS no Brasil está longe de propiciar esse atendimento de saúde a todos.

A Constituição (1988), prevê que o orçamento da seguridade social será destinado ao SUS, já que ela constitui um sistema que tem o objetivo de proporcionar as ações de saúde.

Para Cunha (2020), as ações, serviços e recursos mínimos para subsidiar o custeio desse sistema acontece da seguinte maneira: de pelo menos 15% da receita líquida do exercício financeiro da União; os Estados e DF repassarão o resultado da arrecadação de impostos estaduais que estão previstos nos artigos 155, 157 e 159 da CF/88, deduzindo o que for transferido aos respectivos municípios e, por fim, a arrecadação dos impostos municipais dos artigos. 156, 158 e 159 serão do próprio município.

Através desse modelo de divisão das verbas públicas para repasse da saúde, pode-se verificar a responsabilidade tripartite entre união, estados e municípios, porém, o maior responsável ainda por esse financiamento, é o governo Federal.

Com o passar dos anos, verificando a necessidade de investimentos na saúde, foram estabelecidos ainda leis complementares obrigando a reavaliação de percentuais mínimos no financiamento da saúde pública. Ademais, através de emendas constitucionais (EC 29/200, EC 86/2015) trouxeram alterações em artigos constitucionais tornando obrigatório a fixação desse percentual para alguns entes federativos.

Ainda que as determinações legais quanto a porcentagens mínimas de repasse para a saúde, todavia, não é isso que ocorre “A incapacidade técnica e financeira da maioria dos Municípios para cumprirem sozinhos o preceito universalizador e o atendimento integral da saúde os torna reféns da cooperação técnica e financeira dos Estados-membros e da União”. (SANTOS; TERRAZ, 2014, p.4).

Os municípios sozinhos são incapazes de financiar a saúde e assim são sacrificados e dependem de verbas dos Estados e da União, se unirem criando uma organização na tentativa de executar as ações de saúde.

Muito embora todo o progresso permitido pela implementação do SUS através de princípios de universalidade, bem como o acesso à saúde sem qualquer distinção, ainda assim, por muito tempo, parte da população que apresentava qualquer alteração diversa do que era “comum” a sociedade na época, seja ele indivíduo com deficiência física, mental, uso de álcool ou drogas e até mesmo homossexuais eram submetidos a tratamentos em hospitais psiquiátricos.

Assim, para Cavalcanti (2007):

Em razão das discussões e debates sobre as novas diretrizes na saúde pública no Brasil resultou na criação do SUS em 1990 com a promulgação da Constituição Federal no país, e saúde mental contrário ao antigo modelo hospitalocêntrico, iniciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil estimulada pelos movimentos na luta antimanicomial, e sobre este assunto será tratado no capítulo seguinte. (CAVALCANTI, 2007).

3.1 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O processo saúde-doença é um acontecimento histórico e já previsto, que de acordo com Torre (2004): “periodizar o processo de saúde-doença é a base fundamental capaz de referenciar e determinar a importância da saúde/doença e evolução da saúde coletiva”.

A produção da loucura como doença mental nasceu a partir do momento em que nasceu a clínica e que o asilo e alienismo permitiram o desenvolvimento da saúde mental. Para Foucault (1975): “com o surgimento do estudo e pesquisa nas ciências humanas influenciados pelas ciências naturais foram fortalecendo fontes que serviriam para o resultado transformar a loucura em doença mental”.

Na história da loucura “o asilo é quem concede a evolução da doença e não o contrário”. (FOUCAULT, 1978). Ademais, ele entende que “a exclusão da loucura no asilo pela “instituição de sequestro” é a forma de poder da psiquiatria que foca na existência de um objeto e fez surgir a doença mental”. (FOUCAULT, 1974).

O método alienista é o operador de uma verdadeira captura da loucura por uma rede de significações científica: através de uma captura física, pela relação de tutela do manicômio, e de relações de dependência e de contenção, restrição à liberdade e controle do funcionamento, normas e horários internos à instituição; e através de uma captura moral e social, na perda de direitos civis e políticos, na desistorização e objetificação do sujeito, de seu corpo, seus gestos e seu desejo, na “carreira de doente mental” e na “mortificação doeu” causada pela institucionalização. O próprio sujeito transforma sua percepção de si, como os outros também o vêem de outra forma. (GOFFMAN, 1974).

De acordo o Ministério da Saúde (2008, p.11):

Na época da Grécia Antiga a população acreditava que a loucura era um poder divino, contudo, passando pela idade moderna passou a ser associada a questões espirituais, demoníacas ou entes possuídos e assim, pessoas com esses sinais eram acorrentadas, presas e excluídas socialmente sendo expostas a situações sub-humanas e em condições de vulnerabilidade e até mesmo queimados em fogueiras como hereges e esse tratamento perdurou até o século XVIII. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.11).

Desde os tempos mais remotos pessoas com comportamentos distintos dos padrões sociais considerados “normais” eram julgados como doentes mentais. Nesse sentido, sem que existisse ainda desenvolvimento científico no estudo da psiquiatria, bem como apoio e amparo do Estado sobre direitos e deveres do paciente com transtorno mental, eles eram excluídos da sociedade, marginalizadas e sujeitos a tratamentos desumanos e maus-tratos.

Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem; hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como loucos” (FOUCAULT, 1978, p.14).

Os tratamentos para transtornos mentais à época eram considerados desumanos. Ademais, os pacientes desses hospitais em sua maioria eram abandonados pela família, além de serem reclusos sociais e suas condições de internamento eram precárias, já que viviam em condições insalubres.

No tratado “das degenerescências”, afirma que há algumas classes sociais perigosas à sociedade, ele adjetivava como nocivos, amorais e com vícios. Essas ideias influenciavam ainda teorias racistas e higienistas que falavam sobre exterminar negros, bêbados, pobres, e ainda condenava aqueles que possuíam parentescos desses.

Com isso, percebe-se é a discriminação a um grupo social específico que vivia de forma exclusiva e repudiada do restante da população, inclusive, essa mácula social perpassou-se por décadas e mantém-se na cultura até hoje e gera inúmeros prejuízos morais e psíquicos a quem ainda sofre com o preconceito.

Para Amaral (2011), o transtorno mental é qualquer disfunção no funcionamento da mente que trazem prejuízos na vida familiar, social, trabalho estudo no entendimento sobre si mesmo, bem como, sobre outras pessoas. Assim, o autor entende ainda que o transtorno é uma condição intrínseca ao ser humano, podendo levar a perda de habilidades de degradação mental e física, impedindo-o de atividades fundamentais à sobrevivência.

“[...] tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão”. (FOUCAULT, 1978, p.11).

Pessotti (1994, p.13): “buscou desenvolver estudo acerca dos manicômios, posteriormente hospitais psiquiátricos, assim, de forma didática, dividiu a cronologia histórica” e “[...] em três períodos: antiguidade clássica (pensadores gregos); séculos XV e XVI (exorcistas); séculos XVII e XVIII (enfoque médico); e o século XIX (manicômios)[...]”. (PESSOTI, 1994 apud FIGUEIREDO et al., 2014).

Dessa forma, Pessoti (1994) afirma que na antiguidade clássica, em virtude de o homem ainda não possuir conhecimento do seu eu, qualquer tipo de distinção

ao que era comum à época, não tinha qualquer atribuição a problemas de cunho psicológico e assim, associava-se essas aberrações humanas a entidades desconhecidas. As ideias descritas nos escritos da época quanto à insanidade são ainda, demasiadamente vagas.

“A partir de obras das mais diversas como a de Eurípides, dotado de conflitos permitidos pelos deuses e Hipócrates a Galeno com disfunções psicopatológicas, consegue expor a loucura passando por épocas distintas chegando ao período hodierno”. (PESSOTI, 1994).

Para Foucault (1964): “após a população da Europa vivenciar anos sob o contexto da lepra e doença venérea que multiplicou por todo o país, ao final do século XVII o país experimenta um novo motivo para exclusão médica e moral: a loucura”.

[...]não é a descoberta progressiva do que é a loucura na sua verdade da natureza, mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. (...) O homem só se tornou uma ‘espécie psicologizável’ quando sua relação com a loucura permitiu uma psicologia. (FOUCAULT, 1975, p.84).

Surge então a estória que descreve sobre os “loucos” que viviam em um contexto de estigmatização e exclusão nas cidades na idade média: A Nau dos insensatos ou dos loucos. Essa nau nada mais é que um barco que recebia esses indivíduos socialmente excluídos nos portos de cidades, já que eram impedidos de viver livremente, fazendo uma metáfora acerca das internações forçadas.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. (FOUCAULT, 1964, p.13).

Foucault (1972) ressalta que os chamados à época de doentes mentais, eram internados em prisões junto com indivíduos que cometeram crimes, feiticeiros e até mesmo desempregados, não havia distinção. Na Europa, alguns desses locais reservavam alas para pessoas alienadas que poderiam ter a cura. Já os loucos “frenéticos” eram presos em ambientes completamente fechados que as paredes

eram duas janelas minúsculas. Já em outros estados Europeus, não aceitavam os “loucos curáveis”.

O nível de sofrimento do paciente preso era inconcebível, mas naquele momento histórico, não havia consciência dos profissionais internos ou da população. A figura do louco era culturalmente vista como escória social, tanto que as pessoas que ficavam internadas não podiam ser consideradas doentes apenas por sua loucura precisavam demonstrar algum sinal de sua enfermidade e, quando recebiam tratamento médico tinha que ser por certa distância segura. “Se há um médico no Hospital Geral, não é porque se tem consciência de que aí são internados doentes, é porque se teme a doença naqueles que já estão internados” (FOUCAULT, 1972, p.128).

De acordo com Foucault (1972), em cidades da Europa era possível localizar além da população considerada de acordo com os padrões, uma outra parte, os loucos. Parte das prisões construídas em Paris, com destino ao Hospital Geral, sempre se relatava sobre homens insanos, com demência, pessoas com espírito alienado ou pessoas que se tornaram completamente loucas.

Deixemos aos cuidados dos arqueólogos a tarefa de determinar se era doente ou não, alienado ou criminoso, este que entrou para o Hospital por “desarranjo nos costumes” ou aquele que “maltratou sua mulher” e quis “desfazer-se” por diversas vezes. (FOUCAULT, 1972, p.124).

Percebe-se assim que as antigas prisões além de condições insalubres e desumanas, não possuíam qualquer divisão de alas, assim, os presos não eram separados de acordo com o tipo de crime cometido e sequer eram consideradas sua capacidade mental. E por isso, Foucault (1972), como afirma em seus escritos, “preferia crer que por desconhecimento sobre a loucura a população permanecia cega quanto às absurdas condições do internamento”.

Sabe-se que a história da pessoa com transtorno mental no mundo sempre foi estigmatizada e segregadora, sendo o tratamento inadequado e desumano a esses pacientes. Todavia, após período em que a loucura era julgada como algo demoníaco, nos séculos XV e XVI, finalmente no século XVII foi possível dar um enfoque médico patológico à condição de quem possuía algum transtorno mental.

Com o desenvolvimento da psiquiatria que passa a explicar de forma científica os desvios e condutas da loucura, os comportamentos do paciente com transtorno passou a ser compreendido, mas ainda assim, era adotado tratamentos de tortura e exclusão em hospícios.

Presente na vida quotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na Renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico. Torna-se ele objeto de uma solicitude e de uma hospitalidade que lhe dizem respeito, a ele exatamente e a nenhum outro do mesmo modo. Ora, o que caracteriza o século XVII não é o fato de haver ele avançado, menos ou mais rapidamente, pelo caminho que conduz ao reconhecimento do louco, e com isso ao conhecimento científico que se pode ter dele; é, pelo contrário, o fato de tê-lo distinguido com menos clareza; de certo modo, o louco foi absorvido numa massa indiferenciada. Esse século misturou as linhas de um rosto que já se havia individualizado há séculos. Com relação ao louco dos *Narrtürmer* e dos primeiros asilos da Espanha, o louco da era clássica é internado com os doentes venéreos, os devassos, os libertinos, os homossexuais, e perdeu os índices de sua individualidade; ele se dissipa numa apreciação geral do desatino. Estranha evolução de uma sensibilidade que parece perder a finura de seu poder diferenciador e retrogradar para formas mais maciças da percepção. A perspectiva torna-se mais uniforme. Dir-se-ia que no meio dos asilos do século XVII o louco se perde na paisagem, a ponto de tornar-se difícil seguir suas pegadas, até o movimento reformador que precede de pouco a Revolução. (FOUCAULT, 1972, p.135).

Assim, o internamento nesse período permitiu talvez sob a influência da ciência árabe que pessoas com transtorno mental se internassem em locais que lhes eram especialmente destinados, sobretudo na Europa meridional, e esses locais eram semelhantes a hospitais permitindo que a pessoa com transtorno mental fosse tratada como doentes. Diante disso, surge uma nova experiência moral e social da loucura mesmo que “estranhas” aos ideais da época, que já demonstra um progresso histórico.

Diante de todo contexto de sofrimento e abandono do indivíduo com transtorno mental, surge na história a figura que traz novos ideais no tratamento desses pacientes, o médico Phillipe Pinel. Considerado pioneiro do alienismo e influenciado por ideias da Revolução Francesa e iluminismo, tinha uma consciência de mudança no processo de análise dos pacientes e acreditava que a hereditariedade e causas odontológicas são fatores determinantes no distúrbio mental.

A partir da prática médica e experiência sobre alienação nos hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, Pinel propôs tratamentos mais dignos e humanizados aos pacientes através do uso de terapias ocupacionais, entendeu ainda que o procedimento ideal e eficaz seria aquele que lhes proporcionassem maior liberdade, portanto, aboliu a ideia dos manicômios, demonstrando sua inspiração antimanicomial. Através de estudo e prática realizou pesquisas e aspirou convicções avançadas para o período e que, posteriormente, serviram como

embasamento nos princípios de mudanças da luta manicomial, inclusive quanto à reformulação dos hospitais psiquiátricos.

“[...]momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano[...]”. (FOUCAULT, 1972, p.148).

“Philippe Pinel, médico francês, em 1794, definiu um novo status social para a loucura, iniciando um movimento para que retirassem as correntes dos loucos em Paris, a loucura passava a ser vista como doença e tratada medicamentosamente”. (CARDOSO, 2013, p.112).

As reformas pinelianas fundaram uma nova tradição para a investigação e prática psiquiátricas, marcada pela articulação entre o saber e a técnica. Em consonância com os tempos de utopia da virada do século, cujos ecos ressoavam nas Revoluções Francesa e Industrial, suas propostas aderiram ao ideário revolucionário, sendo representadas em termos de “liberdade” no hospício,¹ “igualdade” entre sãos e doentes (já que a doença passa a uma questão quantitativa e não mais qualitativa em sua natureza) e fraternidade, como filantropia e esclarecimento (FACCHINETTIL, 2008, p.502-505).

As ideias de Pinel reforçam a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. Cerca de duzentos anos depois de Pinel, é que surgiram questionamentos em todo o mundo a respeito do objetivo da Psiquiatria. No século XX, depois de duas guerras mostrava-se preciso o surgimento de práticas interativas que pudesse acolher os veteranos de guerra, que por sua vez, estavam confusos e com sequelas e demandavam de uma atenção especial.

Em virtude de algumas cidades acolherem grande número dos considerados loucos que podiam ser chicoteados publicamente, proibidos de frequentar igrejas, além de não serem tratados da forma correta - eram simplesmente jogados nas prisões - para Foucault (1978, pg. 15), seria necessária a intervenção médica, bem como um local específico para o tratamento da loucura tal qual, o manicômio.

Neste cenário, o asilo se aproximou do hospital do século XVIII, ou seja, nele a loucura deveria se desenvolver em toda a sua plenitude. Mas não bastava desmascarar a doença mental, era preciso que o asilo fosse o local de confrontação de duas vontades. De um lado, o doente, cuja vontade e conduta se (des)caracterizavam pela perturbação e pela irregularidade; por outro, o médico, cuja retidão da índole deveria prevalecer ao término do embate. Tratava-se de sobrepujar os arroubos loucos e colocar "no devido lugar" o caráter do paciente. Imposição de uma vontade sobre a outra num embate travado no solo da ordem moral. (MACHADO, 2009, p. 9).

Grande importância teve o nome do médico Pinel na reformulação e mudanças dos hospitais gerais, quando nesse período, pessoas com transtorno mental eram ainda excluídas da sociedade ele promoveu uma política assistencial de saúde baseada na terapia humanizada.

Para Figueiredo (2014), apesar de Pinel observar rigorosamente e por um longo período as evoluções e alterações mentais, biológicas do paciente que ocorriam dentro do manicômio (nesse momento asilo), a fim de uma cura/tratamento, logo foi ofuscada pelo emprego inapropriado da intervenção. E assim, novamente o manicômio passa a ser o antigo instrumento de estigmatização e desumanização do paciente.

Nesse contexto, cumpre referir peripécia narrada no artigo de Tenório (2002) onde o autor menciona episódio contado pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel, que foi ainda citado por filósofos como Foucault (1993, p.460), e Serpa Jr. (1996, p.17-8).

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 o 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. (TENÓRIO, 2002, p.27).

Pinel teve grande importância no campo psiquiátrico, já que foi considerado como precursor de uma nova tradição e Reforma Psiquiátrica. De acordo com Facchinetti (2008, p. 502), ele foi nomeado médico de Bicêtre e, através de um método técnico investigativo baseado na análise do paciente a partir de traços físicos mentais bem como morais, quebrou paradigmas anteriores de estigma da pessoa com transtorno mental.

“Diante do excesso, a medicina mental busca a restauração do domínio racional por meios morais e físicos, de modo a curar os alienados, tornando-os novamente senhores de sua razão”. (FACCHINETTi, 2008, p.504 apud BIRMAN et al., 1978).

Ademais, para Torre (2004): a psicologia insere-se como nova ciência no tratamento sobre a loucura, explorando doenças mentais ampliando a psiquiatrização que se sobrepõe à medicalização da população. Dessa forma, ambas com o mesmo objetivo de controle e construir as ciências humanas, médicas e sociais utilizando a loucura como objeto de ordem individual e a doença mental como algo de corpo e cérebro que necessita de tratamento.

Para Torre (2004) com o surgimento da anatomopatologia, foi possível verificar sólidas bases para identificação da doença e seus efeitos psiquiátricos, psicopatológicos e neurológicos, e assim, decisivo e transformador surge a “alienação mental” de Pinel modernizando a psiquiatria do final do século XIX e XX. Diversos foram os psiquiatras dessa nova geração que trouxeram uma abordagem da loucura utilizando método anatomopatológico.

O modelo de atendimento assistencial hospitalocêntrico atual passou por diversas transformações ao longo do tempo e, dessa forma, é essencial o conhecimento prévio acerca do histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil a fim de entender o contemporâneo modelo de saúde mental.

Conforme já explicitado, antes do século XIX pessoas com transtornos mentais perambulavam as ruas sem quaisquer cuidados médicos e apoio do Estado, já que ser louco não era tratado como um mal, todavia, após algum período surgiram as Santas Casas de Misericórdia que foram as primeiras instituições de auxílio do governo que tratava pessoas com problemas mentais.

De acordo com CBM (2016), a primeira Santa Casa de misericórdia surgiu em Portugal no ano de 1498, em um período marcado por grandes navegações, conflitos e calamidade. A viúva de D. Joao II, Rainha D Leonor, patrocinou a primeira instituição já que passou a se interessar e dedicar pelas questões dos doentes e órfãos com a retomada de sentimentos solidários, fraternais e filantrópicos.

No Brasil as Santas Casas foram fundadas logo no período colonial, precedeu até sobre a organização jurídica no país, em 1543, além de tratar e abrigar pacientes com transtorno mental que viviam divagando pelas ruas.

A Santa Casa foi criada com o intuito de atender a população menos favorecida através da alimentação, assistência à saúde, aos enfermos e idosos, além de utilizar de atendimento assistencial e, algumas vezes sem uma instituição na forma física, os profissionais faziam visitas aos necessitados onde eles estivessem.

De acordo com Gomes (2018), até o período de surgimento das Santas Casas que davam a assistência e abrigavam os indivíduos com deficiência mental, eles perambulavam as ruas e faziam parte desse cenário, já que viviam sem qualquer isolamento, inclusive àqueles que pertenciam à classe social mais carente.

No Brasil, as primeiras Santas Casas surgiram no período colonial desde 1543, na Bahia e, posteriormente se instou no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda, São Paulo e, apesar de nenhum cunho científico, elas são consideradas como primeira instituição hospitalar no país, com atendimento para os residentes das cidades e doentes que chegavam dos portos. (SCMP, 2016).

Com a Constituição de 1824, assim, em 1830:

[...] médicos da “Academia Imperial de Medicina” passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando à opinião pública no sentido de construir um hospício para os alienados. Criticavam e denunciavam os cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro. (DEVERA, 2007, p.61).

Para Ramminger (2002), durante o século XIX surgiram higienistas que passaram a difundir ideias, baseados em um discurso médico, sobre a importância de construir hospícios e assim estabelecida legislação sanitária municipal no Rio de Janeiro e criação da Faculdade de medicina na Bahia (1832). “Os manicômios detinham muitas pessoas que, inclusive, excediam a capacidade que era permitida naqueles”, conforme Cavalcanti (2008).

Em 1852 foi criado o primeiro hospício da América Latina, o Hospital psiquiátrico Dom Pedro II² que seguia um modelo de asilo e, “[...] baseado no princípio do isolamento, foi o lugar de exercício da ação terapêutica da recém-criada ciência psiquiátrica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e repressão [...]”. (DEVERA, 2007, p.61).

De forma simultânea, no Brasil foram inaugurados o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro e o Asilo Provisório dos Alienados da Cidade de São Paulo, e que foram criados com influência das propostas terapêuticas aplicadas por Pinel e Esquirol. (ALMEIDA; NETO, 2020), o asilo teve a direção do considerado primeiro alienista paulistano o Dr. Franco da Rocha.

2 Conforme demonstrado anteriormente, o modelo do Hospital D. Pedro II seguiu um modelo de assistência baseado nas ideias de Pinel, quanto a ação terapêutica.

“A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser denominado “doença mental” (RAMMINGER, 2002, p.39).

Os grandes problemas que afetavam os hospitais psiquiátricos no Brasil como a grande quantidade de pacientes nos manicômios, profissionais sem qualificação para o tratamento do paciente com transtorno mental e escassez de recursos, mais tarde vieram a culminar na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Na Bahia não foi diferente dos demais Estados do país, a criação do primeiro asilo de alienados na Província da Bahia, inaugurado em 1874, sob o controle da Santa Casa, até o momento em que se deu a sua desvinculação dessa Irmandade, em 1912, quando a instituição foi avocada pelo Estado republicano para sua administração direta.

A história da psiquiatria na Bahia, apesar de ser influenciada pela psiquiatria brasileira, tem sua singularidade e especificidade em razão do entendimento técnico introduzido por Europeus e Norte Americanos, além de sua cultura heterogênea.

Para Jacobina (2001), não se tem registro de aprisionamento de loucos na cidade desde a criação da cidade, somente quando as primeiras cadeiras foram construídas no século 18. Após o surgimento das Santas Casas, aqueles que eram recursados por essa instituição, ficavam recolhidos nas “Casas de Correção” junto aos criminosos da época, que inclusive, vivenciaram momento de tortura e violência.

O número de pessoas com transtorno mental, encarceradas era absurdo, inclusive se comparados à população na Bahia à época. Por esse motivo, muitos médicos questionavam:

[...]a colocação dos alienados na Casa de Correção com seu projeto profissional orgânico à nova ordem política, levantavam suas vozes contra as práticas pelas quais “a sociedade civilizada e christã desembaraçava-se d’aquelles que para ella constituíam um embaraço, um perigo ou uma vergonha. (MONTEIRO, 1880 apud JACOBINA et al., 2001, p.136).

Em que pese as Santas Casas tenham sido instituição que mantinham os pacientes com transtorno mental. Dentro delas era possível presenciar crueldade e práticas de tortura por lá exercidas. Conforme testemunho de Tourinho (1872), citado por Jacobina (2001):

Ainda assisti, eu era então estudante de medicina, as deploráveis cenas de rigor a que eram submetidos os loucos quando entravam para o hospital da

Santa Casa. Agarrados e amarrados de uma maneira cruel por empregados desumanos eram encarcerados em células escuras, e as vezes mettidos em troncos, entregues a sua agitação e furia: luctando para escaparem d'aquellas prisões entravam em tal estado de furor, que a congestão cerebral era a terminação ordinária d'essa lucta, d'esse desespero. Quando não terminavam por esse modo, viviam em tal estado de agitação, que só se interrompia por alguma molestia, agitação que ordinariamente arugmentava com a presença de seus barbaros enfermeiros. (TOURINHO, 1842, p.42 apud JACOBINA et al., 2001).

“A morte era o fim último dessa reclusão, resolvendo-se a problemática da loucura, núcleo de desordem, pela passividade absoluta” (JACOBINA, 2001, p.169). Diante da situação de flagelação e crueldade que experimentavam os pacientes das Santas Casas que, por óbvio, tornavam-se intratáveis, muitos eram sucumbidos vítimas de doenças graves.

Em razão da situação grave que os pacientes eram submetidos, foram propostas algumas reformas na saúde mental à época, no sentido de melhorar suas condições e assim “O alienismo se apresentava como a resposta médica racional, científica a um dos problemas que anteriormente ficava a cargo da igreja”. (JACOBINA, 1982, p.52-53 apud JACOBINA et al., 2001, p.140).

Jacobina (2001) destacou que a partir da união de médicos tropicalistas foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia em 1888 e através desse grupo surgiu o movimento de apoio à criação asilar com a compra do Solar de Boa-vista e transformado em casa de saúde, local distante da cidade, cumprindo requisitos para sediar um asilo.

Conforme Jacobina (2001) retrata, passado algum período, foram criados asilos, já que, muitos médicos à época consideravam essa instituição como instrumento de cura, além de diversos médicos Baianos como Demétrio Tourinho, Aurélio Vianna, Juliano Moreira, Góes Sequeira, além do Nina Rodrigues, que, embora fosse médico legista, teve grande influência e importância na psiquiatria no estado. O asilo tinha como função representar a sociedade, contudo, disciplinada e sadia.

Como a exigência básica era a exclusão do louco, ao separá-lo do confinamento indiferenciado para o manicômio, os alienistas tinham defendido a tese de que o isolamento em si mesmo seria um meio de tratamento, daí a denominação de isolamento terapêutico. (JACOBINA, 2001, p.158).

A partir da experiência do asilo, foi possível notar certo abrandamento do tratamento através de uma estrutura, não humanizada, porém, menos ruim que as anteriores, onde o paciente ainda experimentava a reclusão, estigma social e um tratamento psiquiátrico com técnicas ainda de sofrimento ou um “experimento” para o psiquiatra.

Diante desses registros, nota-se a grave situação que os pacientes com transtorno mental experimentaram na Bahia em que viviam o tormento do asilamento em condições de precarização e exclusão, além de serem sujeitos sem quaisquer garantias e premissas embasadas em direitos humanos e sociais, passando décadas à mercê de técnicas de tortura.

3.2 REFORMA NA BAHIA

A Reforma da saúde na Bahia e nas cidades do interior nesse momento sofreram grande evolução em razão da criação da Diretoria de Saúde rural, “[...] a presença das Santas Casas de Misericórdia do interior, quase sempre localizadas nas mesmas cidades em que eles estavam desempenhando um papel mútuo no cuidado da saúde da população sertaneja” (BATISTA, 2017, p.213).

Nesse período, década de 1920, Artur Neiva, além de governador, higienista na Bahia, pesquisador de Manguinhos, com apoio da Fundação Osvaldo Cruz, realizou viagem pelo Nordeste junto ao Belisário Pena, sanitarista, com propósito científico. Eles se surpreenderam com as condições de precariedade no sistema de saúde no Estado e relataram sobre suas viagens de cunho investigativo, realizando ainda denúncias sobre as condições que viviam a população na região. Após esse fato, houve uma maior pressão aos órgãos da União a fim de que fosse viabilizado financiamentos na saúde, ressalta Molesini (2011).

A região visitada por Artur e Belisário retratava um cenário precário de saúde, saneamento, além de uma população que vivia em condições de fome e miséria, além de doenças que posteriormente foi descrita através de artigos e livros à época.

Após a pressão do período, além da publicação do documento redigido pelos pesquisadores viajantes, em que pese o estado contar com uma política dominada pelas oligarquias da região, através do governo a época foi possível realizar ações, com intuito de realizar uma Reforma Sanitária. Nesse sentido, houve a criação

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Com ele foi possível realizar ações para prevenção e combate a doenças em todo o país e, na Bahia, não foi diferente. Mascarenhas e Silva (2019).

De acordo com Mascarenhas e Silva (2019), nessa década de 20 a Bahia contou com um processo de mudanças com a efetivação de ações públicas de saúde, inclusive no interior. Essa modernização se deu por mudanças na estrutura de bases políticas e administrativas no estado que culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Criado em 2 de janeiro de 1920, o DNSP materializou parte das propostas da elite médica higienista para o campo da saúde pública brasileira e emergiu formalmente como um aparelho institucional complexo de dimensões nacionais e cuja finalidade era centralizar o comando das intervenções no setor saúde, uniformizar as ações de higiene e saúde pública, além de ampliar a presença do Estado no território nacional. (MASCARENHAS; SILVA, 2019, pg. 259).

De acordo com Paim (2009), no processo de Reforma Sanitária era possível dividir a saúde em 3 dimensões; saúde como saber, produção e estado da vida. A saúde do saber poderia ser conceituada como a intervenção do médico na recuperação do doente e dependia da saúde pública que, na época, era gerida pelo Ministério da Saúde e suas secretarias estaduais e municipais e alguns serviços de reabilitação necessários (fisioterapia, fonoaudiologia e psiquiatria), sequer eram mencionadas na Constituição 1988.

“A saúde como setor produtivo eram várias unidades da saúde unidas como médicos, dentistas particulares, medicina previdenciária com hospitais Públicos, os INPS que virou INAMPS”. (PAIM, 2009). Nessa época não havia criação de vacinas e fármacos internamente dependendo, portanto, de produção externa.

“A terceira dimensão da saúde quanto o estado de vida da população, por ausência de meios tecnológicos demonstrava limitado a dados como número de mortes, doenças infecciosas e acidentes de trabalho”. (PAIM, 2009).

A partir desse contexto, a Bahia passou a inserir em um projeto de cunho sanitário civilizatório e, através do apoio do governo do Estado no serviço de controle as doenças foi originado o primeiro código sanitário na Bahia em 1925 que permitiu maior progresso na saúde pública, Mascarenhas e Silva (2019),

Que condições tornaram possível o papel mais ativo desempenhado pelo governo estadual? As condições financeiras da Bahia não fornecem uma resposta satisfatória. De fato, as finanças estaduais não passaram por nenhuma melhora significativa em relação aos anos pré-1920 (Sampaio, 1979:126-128, 263). Se não é a economia, a *política* do período fornece uma resposta à questão aludida acima. As elites baianas foram capazes de conformar uma frente política que de algum modo restringiu a atuação das facções. À medida que as oligarquias estaduais chegaram a um acordo sobre a utilização dos escassos recursos públicos, as políticas de saúde tornaram-se menos sujeitas às disputas de facções no Congresso Estadual.(SANTOS, 1998, pg. 5).

A partir da criação do DNSP ficou estabelecida a divisão de departamentos tais quais; Diretoria de serviços sanitários terrestres da capital Federal; Diretoria de defesa sanitária marítima e fluvial e Diretoria de saneamento e profilaxia rural, além citar também sobre o instituto Osvaldo Cruz e sua função de autonomia técnica e administrativa que contribuiu para inibir o aparecimento inúmeras doenças na época.³

Os esforços do movimento sanitário da segunda década de século XX e a criação da Liga Pró-Saneamento Rural originaram o DNSP, em 1920. Como consequência, foram desenvolvidas ações e criadas inúmeras instituições sanitárias pelo país. Em 1922, 16 dos 21 estados da federação, mais o Distrito Federal, já haviam firmado acordo com a União para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais (Hochman, 1993, p. 51).

A Bahia realizou acordo junto à União no combate a diversas doenças e, em 1924 seu contrato foi renovado por mais 5 anos. Nesse momento, a saúde pública do estado foi possível graças ao importante papel da Fundação Rockefeller, uma filantropia norte-americana considerada a agência mais importante no mundo, ao que se refere aos estudos e pesquisas na saúde pública, Mascarenhas e Silva (2019).

Com a crise de 1929 que atingiu a economia no Brasil e, conseqüentemente, na Bahia, fez com que parte da população migrasse dos interiores para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida, gerando assim, uma intensa urbanização com alterações socioeconômicas e na saúde.

Na era Vargas de 1930 até 1964, instalada a Ditadura no país, foi um período marcado por forte pressão, modificação e centralização do governo “[...] implementa-se um leque de ações limitadas, na forma de programas destinados a grupos da população ou combate e controle de doenças, mantendo-se as características do modelo assistencial sanitário-campanhista” (MOLESINI, 2011, pg. 70).

³ Decreto 3.987, DE 2 DE JANEIRO DE 1920

Posteriormente, após a 2ª Guerra Mundial (1939 - 1945) que modificou o cenário na saúde no mundo, refletiu na criação de um órgão especializado na saúde pública que pudesse realizar a administração e controle dessas políticas, a Organização Mundial de Saúde (OMS), que buscava garantir acesso universal.

Assim, através do apoio da OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criada em 1902, foi originada a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – Sudene, autarquia federal que passou a fiscalizar, investir e planejar as políticas públicas de saúde, possibilitando um maior conhecimento à população.

A Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), em 1959, tinha como objetivo o planejamento, a preparação e a organização da saúde. Além da Sudene, foram inaugurados também hospitais, pronto socorro e postos de puericultura em bairros da cidade de Salvador e, após esse período de maior investimento administrativo na saúde, notou-se redução das epidemias no Estado Molesini (2011).

Posteriormente, na Bahia, através do apoio da OMS e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), criada em 1902, Molesini (2011), a Sudene passou a realizar cursos de planejamento em saúde e políticas públicas possibilitando um maior conhecimento à população.

Em um modelo centralizado de saúde e organizado através de programas subdivididos de acordo com a enfermidade do indivíduo e a Bahia seguiu exatamente o mesmo contexto brasileiro. Em que pese o desenvolvimento e luta no processo de Reforma Sanitária no Brasil, é possível perceber que a saúde ainda não é prioridade e sequer oferece uma atenção digna à sua população.

Na Bahia, em um modelo centralizado de saúde e organizado através de programas subdivididos de acordo com a enfermidade do indivíduo, seguiu exatamente o mesmo contexto brasileiro, Molesini (2011)

Conforme Batista (2020): instaurado o Regime Militar no Brasil e, em um contexto precário de saúde, a partir de um momento de influência de ideias de democratização, inclusive no campo da saúde coletiva, a produção de conhecimento e na busca por um único ideal: o fim do regime ditatorial e ampliação de direitos, um cenário de Reforma Sanitária estava montado.

O SUS, como um dos filhos mais diletos da Reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve a sua história reconhecida a partir da sua formalização pela Constituição Cidadã. Mas, na verdade, a história real do

SUS antecede 1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a Reforma Sanitária brasileira. (PAIM, 2009, p.29).

Os anos 70 foram considerados marco de início ao movimento de Reforma Psiquiátrica. Ocorre que, na Bahia, em 1955 Rubim de Pinho docente da Universidade Federal da Bahia UFBA, em Salvador, despontou sua dedicação e interesse científico na psiquiátrica contribuindo para nascimento do Departamento de Neuropsiquiatria e Serviço de Psiquiatria naquela Universidade, Saback e Coutinho (2007).

Para Nascimento (2019), a criação desse departamento permitiu o estudo da saúde mental, bem como fomentou encontros que contribuíram para o envolvimento dos estudantes e profissionais no movimento de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária na cidade. Nesse contexto, dois profissionais foram importantes nos referidos movimentos sociais Jairnilson Paim e Umberto Pinheiro.

A Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária ocorreram concomitantes em um cenário propício para transformações sociais.

A análise da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), enquanto fenômeno sócio-histórico, possibilita distintas abordagens teórico-metodológicas de acordo com a definição estabelecida para esse objeto. Assim, a RSB tem sido admitida como política pública de saúde, como componente de uma política de proteção social, como reforma setorial ou como reforma social que expressa certas relações entre saúde e estrutura da sociedade. (PAIM, 2017, p.16).

Para Molesini (2011), a Reforma Sanitária ocorreu através da união de psiquiatras e demais representantes de esquerda, movimentos sociais e Federação das Associações de Bairros de Salvador (FABS), a partir de 1975, sendo movimento originado a partir de ideais políticos, sociais, culturais e econômicos e teve como objetivo transformar a sociedade buscando promover benefícios à saúde da população de maneira geral.

“Em razão de endemias que desenvolveram no país e, diante da necessidade de maiores intervenções do governo, notou-se uma maior preocupação em questões ligadas a saúde”. (BATISTA, 2017).

Para Molesini (2011), a Reforma Sanitária na Bahia foi marcada por uma política amplamente autoritária e conservadora, no entanto, passando ainda por programas como Saúde Comunitária, Ações Integradas de Saúde (AIS), criado em 1985, no governo de João Durval Carneiro. Esses programas contribuíram

positivamente para a população, influenciando também sobre novos costumes da população quanto à necessidade de cuidados com a saúde.

Outrossim, em razão da pouca adesão dos municípios baianos a AIS (19,45%), impediu maiores projetos integrados entre as esferas públicas à saúde, parte deles deixou de realizar o Plano de Ação que era requisito do projeto, entretanto a AIS juntamente com a Sesab criaram condições que permitiram o avanço na saúde, além de viabilizarem a Reforma Sanitária fosse implantada na Bahia, de acordo com (Molesini, 2011).

De acordo com Paim (2011), nos anos 70, o movimento de redemocratização da saúde foi substituído pela Reforma Sanitária Brasileira que finalizou na 8ª Conferência de Saúde (1986) e que, posteriormente, foi normatizado na Constituição Federal de 1988 e implementado o SUS. Todo esse movimento contou com amplo apoio popular e participação de grandes instituições como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pesquisadores, professores e grandes nomes que foram fundamentais na luta por mudanças na saúde e democracia dentre eles; Hésio de Albuquerque Cordeiro, Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto dentre outros.

“A história do CEBES, fundado em 1976, confunde-se com a própria história da RSB [...]” (PAIM, 2012), contudo, a Reforma Sanitária foi, de fato, definida por Sérgio Arouca, presidente da Conferência à época, que convidou a população a uma Reforma Sanitária a fim de promover mudanças também econômicas, agrária e social, disposto no documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

“O processo político da Bahia não se desenvolveu diferente do nacional. Os grupos políticos consolidados a partir da Proclamação da República são majoritariamente aderentes ao campo político de concepções liberais”. (ABRUCIO; SAMUELS, 1997).

Entretanto, a Bahia, além de apresentar traços do comportamento nacional, associando o personalismo e o bloqueio ao meio político e institucional dos que não são oriundos das camadas sociais ditas mais altas, desenvolveu um modo de convivência política que “[...] legitimava mudanças sem perda de elos com o passado onde a desigualdade e o despotismo político, realidades que a modernização preserva e reproduz, ficam raízes”. (MOLESINI, 2011, p.96).

De acordo com Molesini (2011), o movimento de Reforma Sanitária na Bahia foi um processo engendrado por partidos políticos, elites e oligarquias econômicas e

esses grupos, que lideravam de forma autoritária, favoreceram o regime da época, a ditadura. Ocorre que, em razão da mudança no cenário de redemocratização do país, na Bahia, as formas de entrada em movimentos reformadores e democráticos criaram alternativas para oposição desse regime ditatorial com Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que, inclusive, fazia parte integrantes clandestinos de esquerda.

Nesse contexto, os movimentos sociais e ações voltados à saúde mental ocorriam simultaneamente à Reforma Sanitária. Logo, esse período foi marcado ainda por uma intensa mobilização popular com a união de movimentos sociais e reformistas na luta por um país justo, igual e democrático além de direitos sociais, a saúde e políticos a população.

Para Rabelo, Modesto e Neto (1997), a Reforma Psiquiátrica Institucional na Bahia na década de 80 foi resultado da gestão de saúde no Estado que tinha como principais objetivos; implementação de humanização dos hospitais psiquiátricos, restituir a cidadania através de informações à população, impedir as “celas fortes”.

Na saúde, importante figura que lutava em prol de mudanças foi o médico psiquiatra Luiz Umberto, e, que de acordo com Molesini (2011) “foi um grande militante da Reforma da Psiquiatria como também na Reforma Sanitária, visionário que chegou de Londres com ideais revolucionárias e tornou-se presidente da Associação Psiquiátrica em 1976”.

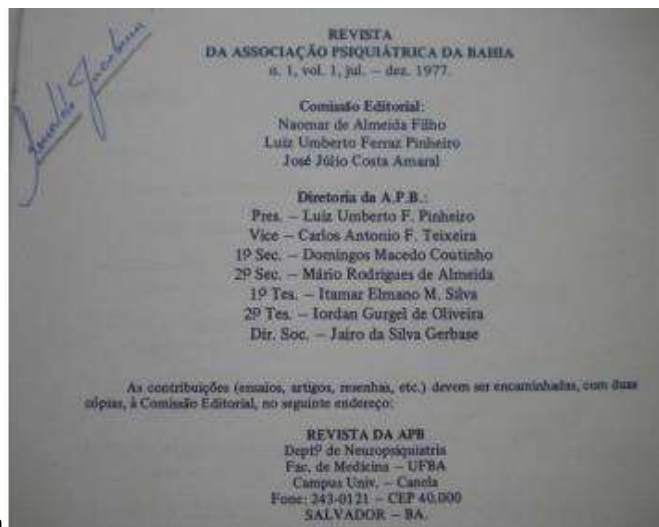
Também nesse processo, Nina Rodrigues figura importante no processo de Reforma Psiquiátrica, o médico passou a denunciar soberania do estado e município, já que, diante da falta de recursos financeiros que ficava na mão de poucos – coronéis – tornava-se difícil investimentos na saúde, em que os serviços eram altamente ineficientes e vivia de “apadrinhamento para políticos baianos”.

As ideias de Nina Rodrigues sobre saúde pública representavam os esforços reformistas de um pequeno grupo de médicos baianos. Cientes da relevância das questões institucionais e organizacionais para o futuro da saúde pública na Bahia, julgavam que o estado deveria primeiro iniciar a construção de seu próprio sistema de instituições e serviços, a fim de que campanhas de saneamento pudessem ser realizadas com sucesso. Ao contrário de São Paulo ³/₄ que nos últimos anos da Monarquia já havia avançado alguns passos em matéria de saneamento e higiene ³/₄ a Bahia tinha de começar do início. (SANTOS, 1998, p.9).

E nesse contexto, foram diversos os veículos que propagavam informações produzidas para parte da população interessada na Reforma Psiquiátrica, dentre

eles professores, cientistas sociais, psiquiatras, sanitaristas, entre outros. A partir da análise do material divulgado, nota-se que se tratava de conteúdos de fácil acesso e leitura com ideais de lutas e revolução que estimulavam o debate e interesse de reforma na saúde , inclusive na psiquiatria produzidos pela Associação Psiquiátrica da Bahia.

Figura 1 – Página interna do primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da



Bahia

Fonte: Joana A.O. A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987/1989).

Figura 2 – Revistas Associação Psiquiátrica da Bahia



Fonte: MOLESINI, Joana A.O. A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987/1989).

Segundo Molesini (2011), a grande divulgação de revistas, jornais e livros, além da formação de grupos reformistas criaram um cenário que, segundo palavras de Luiz Umberto, foi a origem de um movimento na Bahia mais estruturado em 1975 despertando aos leitores as necessidades de mudanças.

[...] primeiro, como a gente vai falar de gênese, as coisas não começaram na Bahia de uma maneira assim formal: nós estamos fazendo, participando de um movimento da Reforma Sanitária. Começamos a fazer um movimento que foi se juntando na mesma linha, na mesma trajetória da Reforma Sanitária. [...]. Segundo se a gente pega a data de 1975, eu acho que é a data onde começa a se estruturar mais como movimento na Bahia, onde perpassa algumas áreas, principalmente a área que aqui teve importância, a área da saúde mental [...]. (UMBERTO, 2009).

A partir de então, ocorrendo de forma simultânea o movimento sanitário e o movimento psiquiátrico na Bahia, nota-se a grande identidade própria do movimento baiano que tinha sua grande liderança nacional que teve identidade própria através de seu nome Jairnilson Paim.

E esse movimento não vem como um apêndice, ele nasce com sua especificidade na Bahia, se articula com ele, faz parte dele, era parte dele, etc. [...], era um movimento também que aqui nascia e se articulou logicamente por identidade, e essa identidade foi forte. Nós sempre tivemos uma presença razoável no plano nacional, a Bahia é um dos lugares, fora São Paulo e no Rio, que tinha uma presença tanto no movimento nacional, como nas articulações, aí entra um papel importante de Jairnilson (Paim) e Sebastião (Loureiro) [...]. (UMBERTO, 2009).

Nesse período, Rabelo et al (1997) cita ainda acerca do projeto de lei 10.352/94 que tratava sobre leis psiquiátricas na Bahia, em trâmite naquela época na Assembleia Legislativa do Estado da Bahia e que teve como apoio e discussão o Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA.

Dito isso, percebe-se que o Estado caminhava em acordo com as manifestações reformistas no país na luta antimanicomial e , após sanção da Lei 10.2016/2001, através do apoio da Secretaria Estadual de Saúde, SESAB, a Bahia aprovou Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, conduzindo assim sua própria administração financeira, Nascimento (2019).

A partir da portaria GM 336/02 foi possível realizar a regulamentação dos CAPS no Estado “Respondendo a esse incentivo financeiro, a SESAB habilita, em 2004, cinco CAPS no Estado da Bahia, dois deles em Salvador, sendo um para

Infância e Adolescência. Em prosseguimento, no ano de 2006, a Bahia já contava com 100 CAPS implantados.” (NASCIMENTO, 2019, pg. 183).

Desde então, com apoio da SESAB, foram implantados grupos de apoio e acompanhamento à saúde mental psicossocial da população através de Planos de Regionalização (PDR) visando compreender as principais dificuldades da população no Estado. (FORNAZIER, 2011).

Ademais, em que pese as grandes transformações no contexto do tratamento da saúde mental no Estado, principalmente com o crescimento da rede e atendimento psicossocial, existia ainda uma certa resistência ao modelo asilar sob justificativa de ameaça à saúde mental, à redução dos leitos psiquiátricos, bem como insuficiência de profissionais da psiquiatria. (FORNAZIER, 2011).

Com o passar dos anos houve um aumento na rede de atenção psicossocial e desenvolvimento da saúde mental no Estado, todavia, ainda não é o suficiente para suprir as necessidades da população que segue ainda carente de uma estrutura sanitária. A compreensão acerca disso será possível a partir das explanações sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Salvador.

3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Em que pese o processo da Reforma Psiquiátrica ter iniciado no final da década de 70, antes disso, grandes nomes e atores sociais inconformados com o modelo de tratamento aos pacientes com transtorno mental, promoveram revolução nos hospitais psiquiátricos à época, implementando novas propostas terapêuticas humanizadas.

Dentre esses nomes, no processo reformador, como Teixeira Brandão, Ulisses Pernambucano, Juliano Moreira, Osório Cesar, Nise da Silveira, Osvaldo Santos, Luiz Cerqueira, dentre outros.

“Diretor do Hospício D. Pedro II, Teixeira Brandão foi considerado o primeiro alienista brasileiro que dedicou toda a sua vida na legislação distintiva de tratamento e da pena em pessoas com transtornos mentais” (JUNIOR, 2009).

“Teixeira Brandão difundiu ideais da psiquiatria francesa na saúde pública brasileira no século XIX” (VENÂNCIO, 2005). Não menos importante no campo psiquiátrico brasileiro, insta ainda mencionar a figura de Juliano Moreira, médico

baiano e fundador da pesquisa científica que, inclusive, traz o seu nome como homenagem em diversos hospitais psiquiátricos em todo o país.

Dentre nomes importantes no processo de Reforma Psiquiátrica, tem também Juliano Moreira que nasceu na Bahia e, consta ainda que aos 13 anos de idade matriculou-se como interno na Escola de Medicina. Aluno dedicado, competente e mais tarde tornou-se professor na mesma escola.

Juliano passou por uma crise de tuberculose proveniente da vida desregulada de estudo e muito trabalho e buscando a cura da doença viajou para Europa e assim, aproveitou para fazer cursos dos mais diversos com professores influentes e respeitados à época, conseguindo publicar diversos artigos científicos que foram essenciais no estudo da psicanálise social.

Posteriormente, tornou-se Diretor do Hospital Alienados no Rio de Janeiro e assim “[...] criou o Manicômio Judiciário e emvidou esforços para a aquisição do terreno, a construção e a fundação da Colônia Juliano Moreira”. (VENÂNCIO, 2005, p.61).

Outros grandes nomes de fundamental importância no movimento antimanicomial foram Ulisses Pernambucano, Nise Silveira e Osório Cesar. Ulisses Pernambucano foi médico psiquiatra que para Barreto (2012), dedicou a saúde mental no Brasil e em 1943 pronunciou sua última conferência pela qual recrutou e incentivou jovens levando conhecimentos à prática psiquiátrica inovadora na saúde mental e social. Rompeu o modelo custodiado e primado do hospital tradicional, conferiu grande preocupação preventiva e comunitária.

Nesse liame, vale mencionar também, a Nise Silveira, médica psiquiátrica que estava muito além do seu tempo, ela combateu práticas de tortura em pacientes com transtorno mental, bem como abandonou antigas práticas médicas.

A paixão pela arte e o diálogo com a crítica de arte de melhor extração no Brasil, relações que lhe deram suporte para deslocar a problemática da loucura, em geral, e da esquizofrenia, em particular, do campo da psicopatologia médica para o campo da cultura, entre outros aspectos, são os que mereceriam a particular atenção do interessado na vida e na obra dessa figura que se tornou lendária na cultura brasileira, a doutora Nise da Silveira. (PEREIRA, 2003, p.197).

Nise passou pela triste experiência do encarceramento no período da Ditadura à era Vargas e, apesar de não ter vivenciado, presenciou terríveis práticas

de tortura que transformaram completamente sua vida e forma de pensar. O contexto de encarceramento fez com que Nise percebesse a grande semelhança do hospital psiquiátrico e o presídio.

De acordo com Melo (2009, p.15), Nise, na prisão, encontrou respostas para suas preocupações básicas no campo da psiquiatria: o doente mental possui como característica o embotamento afetivo? O modelo de internação é o mais adequado para se efetuar um tratamento? Qual o benefício das atividades ocupacionais?

A utilização da tortura, que causava sofrimento no paciente, além de recidiva da doença, em razão do modelo de tratamento asilar, que excluía e estigmatizava o usuário dos hospitais psiquiátricos era comum nessa época, o que gerou grande mal-estar em Nise, já que ela sustentava a implementação de técnicas terapêuticas lúdicas, buscando conhecer o paciente através da arte.

Diante das experiências na Ditadura, vividas e experimentadas por Nise, ela se recusou terminantemente a fazer uso do eletrochoque e, quando o médico-chefe a indicou para utilizar tal procedimento, disse que não apertaria o botão que acionaria a descarga elétrica e provocaria a convulsão (GULLAR, 1996; MELO, 2005 apud MELO et al., 2009, p.32).

“Nise se mostrou interessada pela psicologia e artes, assim como Osório Cesar, em que ambos valorizavam a expressão e o segundo desenvolveu ainda um trabalho no hospício Juquery no Estado de São Paulo”, de acordo com Melo (2003).

Ainda, segundo Melo (2003), Osório e Nise mantinham contato⁴ já que seus ideais na saúde mental eram equivalentes no reforço à luta antimanicomial e a busca por um modelo mais humano. Embora Osório tivesse um grande conhecimento intelectual, não defendia abertamente suas propostas, haja vista que, qualquer pessoa com consciência democrática na época, era considerada inimiga da Ditadura, podendo sofrer consequências.

A luta no processo reformador com tratamentos terapêuticos, com conceitos dos direitos humanos do paciente com doença mental, corre ainda na Itália e teve como precursor foi o médico psiquiatra italiano Franco Basaglia, em 1961. Seus

4 A correspondência entre Osório Cesar e Nise da Silveira dizia respeito também a assuntos referentes às atividades expressivas, podendo ser encontrados três trabalhos de Osório Cesar na biblioteca de Nise da Silveira – “A Expressão Artística nos Alienados” (1929), “A Arte nos Loucos e Vanguardistas” (1934) e “Simbolismo Místico nos Alienados” (1949) –, assim como um interesse comum pela psicanálise (MELO, 2005 apud MELO et al., 2009).

ideais influenciaram e repercutiram em todo o mundo, inclusive o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, local que ele visitou inúmeras vezes.

“Basaglia deu início ao modelo mais radical e paradigmático da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional, foi chamada Psiquiatria Anti-institucional. Não é por acaso que foi a experiência que mais influenciou o modelo brasileiro”. (SILVA, 2013, p.30).

O médico italiano, foi diretor do manicômio de Gorizia e implantou um novo modelo no hospital, aplicando método terapêutico que buscava abolir a imagem do paciente com transtorno mental como escuso social e tratá-lo de forma humanizada dando-lhes direitos e dignidade.

Basaglia liderou a Reforma Psiquiátrica democrática na Itália e difundiu para o mundo o seu desejo de transformação das técnicas e da assistência ao paciente com transtorno mental, através das experiências adquiridas nos hospitais de Trieste e Gorizia. Além disso, ele fazia uma intensa crítica ao sistema de intervenção tradicional da época que estigmatizava o paciente com transtorno mental e o tratamento baseado em tortura e exclusão.

Basaglia propôs um modelo humanizado de tratamento com foco na vida do paciente e não na doença, considerando ainda, o manicômio completamente ineficaz no tratamento clínico e um perigoso foco de violência ceifando a mínima subjetividade humana.

Dell' Acqua (1980:39) relata que Basaglia assumiu a direção do hospital em Gorizia e se surpreendeu com a situação, já que vivia uma distante da realidade na Universidade que trabalhava. Conta ainda que Basaglia entrou no hospital pela primeira vez e sempre contava que “[...]viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões a nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo o seu poder de diretor para melhorar as condições de vida dessas pessoas”. (AMARANTE, 1994, p.65).

Basaglia foi uma grande referência no movimento de Reforma Psiquiátrica e lutou contra o tratamento desumano dos hospitais de tratamento, virando grande referência no assunto. Ele entendia que as questões ligadas à loucura “[...] deveriam ser tratadas no meio social, ou seja, essas questões também possuíam um caráter político, pois não eram somente de responsabilidade dos profissionais de saúde mental, mas sim, de toda a sociedade”. (OLIVEIRA, 2009, p.3).

A realidade das salas universitárias e enfermarias da “clínica psiquiátrica” estavam longe da realidade dos manicômios. Em todos os textos que fazem menção a Basaglia é possível verificar a analogia que o médico fazia a uma fábula e à condição dos doentes nos hospitais.

A fábula conta história de um homem que estava dormindo e nesse momento entrou uma serpente pela boca que passou a se alojar em seu estômago, impondo todas as vontades ao homem. Após um tempo vivendo lá, a serpente partiu e assim o homem percebe que não sabe o que fazer com sua liberdade, se sentindo vazio, e sem capacidade de tomar decisões, desejar e agir sozinho e então não mais lhe restava o que conquistar, perdendo sua vontade de viver.⁵

Através dessa estória, Basaglia comparava as condições que os doentes mentais viviam nos manicômios, - que para ele era a serpente - que aprisionava os pacientes os privando de liberdade, vontade e de suas próprias escolhas, os destruindo e submetendo-os à ciência psiquiátrica.

Sensibilizado com a precária situação do manicômio, Basaglia passa a conhecer e entender além de vivenciar as experiências de Reforma Psiquiátrica em comunidades psicoterapêuticas, passando a aplicá-las em Gorizia. Logo nos primeiros meses, o médico tem acesso às produções filosóficas de Foucault e Goffman, o que chega para agregar e contribuir à sua formação fenomenológico-existencialista, desconstruindo o saber das instituições psiquiátricas, o que faz refletir que essa instituição tem o controle, segregação e poder daqueles pacientes. (AMARANTE, 2004).

Goffman é bastante influente nas ideias de Basaglia e significativo nos primeiros momentos em Gorizia e torna-se sua grande referência, conforme demonstrado nos seus escritos.

O médico reformista entendeu que mudanças e modernização dos hospitais psiquiátricos, bem como modernização no atendimento técnico dos profissionais

⁵ A instituição negada, p.132. A fábula é relatada por Jurij Davydov, 1966. 11 *la varo e la libertà*, Torino: Einaudi. In: *Corpo e Istituzione (considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale)*, escrito em 1967 (BASAclIA, Franco, 1981 :428-441), a fábula é recontada na página 435. DE LEONARDIS (1990:16), chama a atenção para a analogia e as diferenças de outra parábola, "similar, mas com êxito muito diverso, o 'enigma' da serpente e do pastor de Zaratustra". " - O pastor, porém, mordeu, como lhe aconselhava meu grito; mordeu uma boa mordida! Bem longe cuspiu a cabeça da serpente - e levantou-se de um salto". "Não mais pastor, não mais homem - um transfigurado, um iluminado, que 'ria'! Nunca ainda sobre a terra riu um homem, como ele ria" (NIETZSCHE, 1978:245).

junto aos pacientes eram necessárias, a fim de que fosse dada uma solução ao problema da saúde mental.

Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sociopolítico, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo que quer negar.⁶

O que se nota é, naquele momento dramático que os pacientes viviam no manicômio, os profissionais não encontravam, ou talvez não quisessem encontrar, soluções científicas para a violência institucional da psiquiatria, uma vez que não pretendiam a cura dos pacientes, conforme buscava Pinel. Aquele lugar era apenas uma reserva para amparar os loucos que a sociedade não sabia lidar ou conviver (AMARANTE, 2004).

A doença mental, objeto construído pela psiquiatria, tem sido a justificativa que sustenta a exclusão daqueles que são considerados enfermos” (AMARANTE, 2004, p.77). Entretanto, com a realidade e violenta experiência manicomial desumana, alegando uma suposta cura do paciente, além de uma sociedade construída em que o doente mental como sujeito destituído de direitos e um excluído social.

Por esse motivo o trabalho de Basaglia se concentrou através de três vertentes terapêuticas buscando uma solução para o aquele caos que viviam os pacientes através da análise da origem cultural internos, quais são as pretensões e produções das ciências técnicas psiquiátricas, qual a função social de tutela e controle da psiquiatria do manicômio. (AMARANTE, 2004).

A ciência tornou o doente um objeto de estudo, da mesma forma que a instituição o tornou objeto da estrutura manicomial. O que justifica então suas permanências, senão as funções sociais que desempenham? Não foi a ciência que propiciou "a 'invenção' do doente à semelhança dos parâmetros que o definiram?" E, por que, então, não negar toda essa realidade? (AMARANTE, 2004, p. 76).

Basaglia, apesar de talvez não ter consciência sobre sua dimensão humana no tratamento da técnica da psiquiatria, ele passa a utilizar um “[...] procedimento epistemológico quanto ao saber psiquiátrico, que se desenvolve posteriormente de forma mais abrangente sobre o papel e a função das ciências e dos técnicos.

⁶ A instituição negada, p.131. Publicada originalmente em 1968, é a segunda coletânea organizada por Franco Basaglia et al. com reflexões decorrentes da experiência de Gorizia.

Apenas dessa forma, "a psiquiatria como ciência assumirá uma dimensão humana", isto é, "passará a fronteira entre a ideologia e a ciência", cessará de referir-se a um esquema de funções para ocupar-se do homem real, e se poderá falar de" (AMARANTE, 2004, p.79).

A operação 'colocar entre parênteses' é, muitas vezes, entendida como negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado. Significa, tão somente, que a psiquiatria construiu conceitos de sintomas e doenças sobre fenômenos que, em última instância, lhes são absolutamente incompreensíveis e que, portanto, cumprem papel meramente ideológico. Assim, a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico. Em outras palavras, o colocar entre parênteses 'não significa a negação da doença mental', mas uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura! sofrimento psíquico. (AMARANTE, 2004, p.79).

A importância de Basaglia foi tamanha que “[...] o Parlamento italiano aprovou a lei 180 (conhecida como Lei Basaglia), que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos italianos, principal alvo da longa e incansável luta de Franco Basaglia” (SERAPIONI, 2019, p.1170).

Eram quase 100 mil pessoas e 98 manicômios na Itália e, após mudança no modelo de trabalho utilizado e baseado em políticas públicas de saúde mental, foi possível reduzir drasticamente esses números através do tratamento de intervenções preventivas e serviços extra-hospitalares, todos constitucionalmente previstos em consonância com o avanço provocado pela técnica realizada por Basaglia (SERAPIONI, 2019).

Para Amarante (2021) não há como construir uma periodização da Reforma Psiquiátrica no Brasil, já que, há muitos anos existe um histórico de narrativas confirmam práticas de humanização da assistência psiquiátrica e, por esse motivo, demarca-se a década de 70 como início de pensamentos reformistas.

É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social. (AMARANTE, 2018, p.2).

Essa década é considerada um período de democratização no país em que a população passou a ter fortes ideais de movimento contra a Ditadura Militar e um intenso interesse reformador.

A Reforma Psiquiátrica propôs a mudança e conscientização social no sentido de quebrar paradigmas em relação às pessoas que sofriam algum transtorno mental proporcionando maior acolhimento e inclusão do paciente. Além disso, foi um processo complexo e dinâmico que uniu e contou com o apoio de diversos grupos como profissionais da saúde, lideranças comunitárias, formadores de opiniões políticos, culturais todos na busca da transformação da prática e mentalidade social, conforme Amarante (2021).

Final da década de 70 e início dos anos 80 foram um dos períodos mais exaltados na história do país, já que, baseados em ideais de liberdade, igualdade e justiça, a população se organizava na luta pelo fim da Ditadura e assim, o sentimento de patriotismo cresceu entre o povo e entre os profissionais na reestruturação dos manicômios.

A década de 70 foi considerada um período de grande expansão das internações psiquiátricas no país, provocada pelo aumento na construção de manicômios, além de altos investimentos na saúde privada, deixando de lado a saúde pública, visto que geravam pouca lucratividade para o governo, de acordo com Pitta (2011).

Para Silva (2013), “pode-se considerar o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil a década de 70 onde a saúde mental no Brasil estava sob forte aparato dos manicômios com a “indústria da loucura”.

“Os primeiros movimentos no Brasil dataram da década de 70 onde profissionais de saúde recém-formados visavam mudança no ambiente de violência e descaso do sistema de saúde mental”. (AMARANTE, 2018).

Entre os anos de 1975 a 1980 o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel vinham para Congressos, Seminários em Universidades, em missões ético políticas cativantes, trazendo informações e levando notícias nossas; testemunhando e reconhecendo grupos de resistência, instigando jovens inquietos (alguns presentes nesse debate) para movimentos sociais como a defesa dos direitos dos enfermos mentais, condições e processo de trabalho em instituições manicomiais, na contribuição teórico-crítica em

diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis. (PITTA, 2011, p.4).

Para Pitta (2011), o movimento de Reforma Psiquiátrica ganhou destaque a partir de um contexto em que militantes como profissionais da saúde, trabalhadores, usuários, familiares, grupos que lutavam por direitos humanos, além de gestores privados e públicos se uniram com a mesma finalidade: fim do regime ditatorial da indústria da loucura (que aumentava ainda mais o número de manicômios e assim lucratividade) que era financiada por recursos públicos, e a retomada da democracia.

A quantidade de dinheiro público encaminhado para esfera privada era tão absurda que entre os anos de 65 e 70 quase não houve diferença na quantidade de internos nos hospitais públicos. Todavia, não se pode dizer o mesmo das instituições privadas, pois de 14 mil doentes no ano de 1965, saltou para 30 mil em 1970, onde anos mais tarde multiplicaram para 98 mil leitos no ano de 1983 (PITTA, 2011).

Nesse período houve um aumento de 80% nos leitos psiquiátricos dos hospitais privados e 20% públicos, assim, percebe-se o motivo da designada “indústria da loucura” nos anos 70, em meio à Ditadura Militar, conforme Pitta (2011).

Influenciados por obras de reformistas como “[...] alinhando-se ao momento histórico e político de redemocratização do país e à valorização dos direitos civis, a tradição italiana foi, aos poucos, enraizando e fazendo ressoar o tema da cidadania do louco no cenário brasileiro”. (SILVA, 2013, p.35).

O DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) era um órgão responsável pela formulação de políticas de saúde mental e administração de hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, composto por profissionais da saúde e foi considerado um dos principais desencadeadores da Reforma Psiquiátrica, ressalta Amarante (2021).

Para Amarante (2020), os médicos internos do pronto socorro do Centro Psiquiátrico D. Pedro II, em abril 1978, realizaram denúncias junto ao Ministério Público em razão das péssimas e precárias condições de saúde, maus-tratos e violência contra os pacientes com transtorno mental, além de outras irregularidades.

Assim, apesar da denúncia não ser de cunho político, pelo contrário, os profissionais buscavam melhores condições de trabalho e dignidade para os pacientes, todavia não foram bem recebidas pelos dirigentes do hospital que eram militares.

O clima da época de ditadura levou a interpretação proveniente de movimentos da esquerda, gerando a demissão dos médicos responsáveis. Diante disso, surgiu o grande apelo social e apoio de entidades como CREMEB, OAB, REME, CEBES, ABI dentre outras que gerou uma comoção social e repercussão na imprensa. Assim, a união dos profissionais despontou a criação do MTSM (movimento trabalhadores saúde mental) que pode ser considerada a primeira greve do serviço público no país, demonstrando ainda nesse primeiro desabrochar do movimento de reforma no Brasil incorporado a movimentos sociais, usuários e familiares, que foi resultado da insatisfação e desumanização no tratamento e desrespeito ao paciente com transtorno mental. (AMARANTE, 2021).

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) foi considerado um dos protagonistas da luta antimanicomial já que a partir do seu surgimento, passaram a ocorrer denúncias sobre a violência e os maus tratos em que eram submetidos os pacientes que viviam nos manicômios, e crítica a mercantilização da psiquiatria, o modelo hospitalocêntrico e “indústria da loucura”.

A reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil há vários anos, tem como objetivo principal a desinstitucionalização considera-se tal fato a desconstrução de uma assistência onde somente a internação é o tratamento adequado para um paciente que esteja em sofrimento mental, é uma desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas, mudando a política de saúde mental brasileira. (MUNIZ, 2014).

Em razão da força e proporção que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil desencadeou e influenciou ideias no mundo, algumas personalidades da psicanálise e psiquiatria se fizeram presentes em eventos como Franco Basaglia, Thomas Szasz, Emilio Rodrigues dentre outros nomes.

“Basaglia aproveitou a visita no país para conhecer alguns manicômios e foi surpreendido negativamente com o hospital em Barbacena e assemelhou a “um campo de concentração nazista”. (AMARANTE, 2021).

A figura de Basaglia foi fundamental no movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, inclusive no que concerne à visita ao manicômio em Barbacena e sua repercussão que gerou inclusive um curta-metragem. Para Oliveira (2009), “ele considerava os manicômios, local que compelia a desigualdade, intolerância opressão, marginalização, opressão e o silenciamento”.

Em 1979, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudo de Saúde) através de seus membros, elaborou documento que se tornou um dos documentos mais importantes da história das políticas de saúde no Brasil foi intitulado como “ A questão democrática na área da saúde” e pela primeira vez na história propôs um SUS já que

era fundamentado em princípios como política nacional centrada na universalidade, equidade, gestão unificada, participação social, destacou (AMARANTE, 2021).

Finalizando o ano de 1979, merece destaque a criação de duas novas entidades: uma no âmbito geral da saúde pública e Reforma Sanitária que foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que, em companhia do CEBES, será uma das protagonistas de destaque na construção das reformas sanitárias e psiquiátricas do SUS. (AMARANTE, 2021, p.37).

Em meio a transformações políticas e campanha de Diretas já, onde o povo litigava por nova república, em 1986, ocorreram duas grandes conferências no Brasil, cujo objetivo era melhoria na saúde. Para Amarante (2021), enquanto a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em Brasília e teve ampla participação popular, buscava uma nova perspectiva e criação do SUS apresentado e inspirado pelo CEBES, tinha como objetivo a saúde como dever do Estado e direito universal do cidadão.

Em que pese fortes resistências do Ministério da Saúde no diz respeito ao movimento e luta da Reforma Psiquiátrica, ocorreu no ano de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental e buscava a luta do movimento antimanicomial e o fim dos manicômios, Ramminguer (2002, p.46).

“A I Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1987 num contexto de expectativa do nascimento de um novo modelo constitucional no país e não contou a participação da família e usuários do tratamento de saúde mental”. (AMARANTE, 2021).

Nessa conferência, cumpriu papel único e estratégico para debate e participação da sociedade civil na luta por melhores condições de vida dos pacientes com transtorno mental, bem como no combate ao modelo hospitalocêntrico; participação popular em todo processo de políticas de saúde mental; prioridade no modelo de saúde mental diverso do hospitalocêntrico.

O movimento que tinha como objetivo melhores condições na saúde mental acabou provocando debates acerca da possibilidade de uma legislação capaz de conferir e subsidiar modelo de política antimanicomial, e assim, posteriormente, virou projeto de Lei apresentado por Paulo Delgado que será tema dos próximos capítulos.

A I Conferência de Saúde Mental no Brasil foi uma ramificação da I Conferência Nacional de Saúde, além de ter sido precursora no movimento de

Reforma Psiquiátrica, já que contou com apoio, união e força de movimentos e grupos sociais e pessoas interessadas na Revolução.

Essa Conferência serviu de local para reunir interesses equivalentes em que veio à tona assuntos relacionados a mudanças no modelo padrão à época, bem como sua reorganização, direitos e deveres de pacientes que sofriam com algum transtorno e seus familiares.

De acordo com o relatório da I Conferência de Saúde Mental (1987), a psiquiatria passou por um marco histórico a partir desse momento com a união da comunidade científica, bem como diversos profissionais, partidos políticos, entidades instituições todos unidos por um bem maior, a viabilização e melhoria na qualidade de atendimento ao indivíduo com transtorno mental.

Diante do grande movimento representado pelas conferências nacionais de saúde mental, bem como do exemplar e expressivo modelo de saúde mental no Brasil, através do apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) propôs reunião que se tornou divisa para evolução da saúde mental na América Latina.

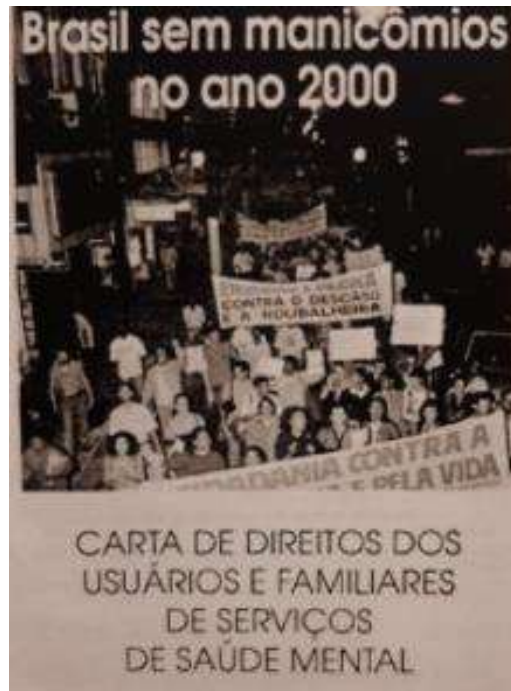
Em novembro de 1990 ocorreu Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina em Caracas, na Venezuela, que divulgou documento de reestruturação a atenção a saúde mental, popularmente conhecido como: Declaração de Caracas. (ABRASME, 1990).

Amarante (2021) entende que a Declaração de Caracas certificou o documento que marcou as reformas de saúde mental nas Américas e se tornou modelo para promulgação de futuras legislações de Reforma Psiquiátrica, teve o Brasil como referência devido o seu conhecimento nas questões de saúde mental.

Apesar da resistência do Ministério da Saúde à época que era contra a Reforma Psiquiátrica, 5 anos após a primeira conferência de Saúde, ocorreu em 1992 a II Conferência de Saúde Mental, todavia avançando em participação democrática da anterior.

Foi na II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com maior apoio popular à época, seguindo os avanços da democratização do país, foi considerada como ponte e diretriz para os anseios da saúde mental no Brasil teve a gestão de Domingo Sávio Alves, que alquimicamente a conduziu, e nas gestões da Coordenação Nacional de Saúde Mental que se seguiram (Eliane Seidl, Alfredo Schechtman, Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado, Roberto Tycanori).

Figura 3: Capa da Carta elaborada pelos usuários e familiares.



Fonte: AMARANTE, 2021, p.23.

A III Conferência Nacional de Saúde ocorreu 9 anos após a primeira, no ano de 2001, e teve como lema “Cuidar Sim, Excluir Não” e a última IV Conferência ocorreu em 2010 e foi considerada intersectorial pelo intuito de reunir diversos segmentos da saúde mental e outros setores afins e ela somente ocorreu após pressão dos movimentos sociais de saúde que culminou com a “Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” e contou com a presença de 3000 cidadãos brasileiros, segundo Amarante (2021).

Portanto, percebe-se a importância das conferências realizadas e, graças à grande participação popular foi possível notar as mudanças nas políticas de saúde mental no país. Ademais, a partir da III Conferência nota-se ainda a consolidação da Reforma Psiquiátrica com a política de governo para construção de uma forte política mental e inclusão dos pacientes usuários de álcool e tóxicos que demonstra o grande avanço da luta no país.

Para Almeida (2019) através da Lei 10.216/2001 além do apoio político conquistado na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi possível ações melhoria da atenção aos pacientes de longa permanência, proteção aos direitos humanos e fundamentais básicos à saúde como foi o caso do desenvolvimento de serviços residenciais.

De acordo com Amarante (2021), dentre os fatos e fatores sociais importantes no movimento de Reforma Psiquiátrica, insta ainda mencionar modelo de atenção integral em 1989-1992 que foi substituída pelos manicômios nomeados de “Rede de atenção integral à saúde mental substitutiva ao manicômio” que tinha um trabalho especializado de serviço básico de saúde, enfermagem geral, pronto-socorro e principalmente o CeCcos (Centro de Convivência e Cooperativa Social).

O CeCcos oferecia um programa de atenção psicossocial nas ruas praças e outros locais públicos que ofereceram à população oportunidade de acesso e atenção à saúde. Para Amarante (2021), “a CeCcos trouxe um modelo de atividades artísticas, culturais e lúdicas reduzindo o uso de medicamento”.

Logo, o processo de Reforma Psiquiátrica foi desafiador e complexo e, de acordo com Almeida (2015, p.118), em função da crise no modelo de cuidados e políticas em saúde e as inúmeras denúncias de maus-tratos a pacientes com transtorno mental, os profissionais da saúde se uniram através de órgãos que direcionaram e buscaram reforçar a importância da Reforma Psiquiátrica do antigo modelo psiquiátrico, bem como do tratamento humanizado.

A partir da década de 90 foi possível observar um período de desinstitucionalização da Assistência hospitalar e implantação do projeto de Lei de Paulo Delgado que, mais tarde, seria conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial.

Os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica que trouxeram consigo uma crise de modelos de cuidados anteriores que eram centralizados nos hospitais psiquiátricos e ainda enraizado de influências políticas, sociais, jurídicas e culturais, inclusive pelo momento histórico em que foi desdobrada.

O objetivo maior do processo de reforma psiquiátrica brasileira não é o de tratar de maneira mais humana e da melhor forma técnica as pessoas com diagnóstico de transtorno mental. A proposta é construir um novo lugar social para a loucura, transformando as práticas de psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade, o que, evidentemente, implica tratar melhor e de forma mais “humana” e solidária as pessoas. (AMARANTE, 2021, p.17).

“Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico”. (DEVERA, 2007, p.62).

Dessa forma, nota-se a responsabilidade, tanto individual quanto na coletividade no tratamento e transformação e desconstrução do paciente com transtorno mental vivia à mingua social e excluído social e sem direitos. O processo Reforma Psiquiátrica perpassou por longos, difíceis e complexos momentos históricos e graças a movimentos sociais, foi possível estabelecer direitos a esses pacientes e suas famílias.

Ademais, não há qualquer avanço que resolva a cura na psiquiátrica além da mudança e quebra de paradigmas sociais, assim, o processo de tratamento está na ação de sociabilizar, mudar a história dos indivíduos através da relação clínico-terapêutica, médico-paciente e que consegue definir, explicar e responder o problema e modificar a forma daquele paciente ver o mundo.

Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido 'a instituição' nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto 'doença'. Mas se o objeto ao invés de ser 'a doença' torna-se 'a existência-sofrimento dos pacientes' e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (ROTELLI, 1990, p.29-30).

A IV e última Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorreu em 2010 e pela primeira vez consolidou modelo de intersetorialidade. Essa Conferência abordou questões da saúde mental e políticas de Estado na busca de atenção à rede psicossocial amparando e fortalecendo os movimentos de Direitos humanos e respeito a ações ao paciente com transtorno mental ligadas a educação, cultura, lazer, trabalho, esporte, justiça, conforme Relatório Final (2010).

A trajetória do movimento de Reforma Psiquiátrica é um processo complexo e transformador que passou por inúmeros momentos e foi influenciado por grandes atores que foram essenciais nas mudanças e melhoria da saúde mental e, através disso, foi possível finalmente instituir uma lei que tratasse dos direitos do paciente com transtorno.

Em que pese somente constar expressamente na Constituição Federal Brasileira, 1988, art 1º inciso III sobre a dignidade da pessoa humana e os direitos

sociais⁷ que são assegurados a todo indivíduo, ele surgiu pela primeira vez em 1948, a partir de uma declaração universal das Organizações Unidas em Paris. (IPEA, 2009).

Na referida declaração propõe considerações que merecem certa atenção e reflexão sobre princípios básicos para a sobrevivência e que são inerentes a cada ser humano, independente de raça, sexo, nacionalidade ou qualquer condição de saúde. Essas garantias possibilitam os direitos fundamentais e dignos, inclusive ao indivíduo com transtorno mental e suas necessidades básicas precisam ser resguardadas e respeitadas.

Ocorre que, o paciente com transtorno mental está além da doença. Esses indivíduos normalmente estão ceifados pela discriminação, preconceito, violência e exclusão social, eles são banidos de um ambiente seguro e livre, reflexo da perversidade cultural que nos foi ensinada.

Não é fácil tematizar o direito à igualdade do excluído – ou seja, o direito de o excluído ter a sua diferença específica reconhecida como liberdade, como diferença que não somente impede, mas que requer mesmo a afirmação de sua dignidade na diversidade e complexidade social juridicamente protegida. (NETTO, 2005, p.69).

Uma das questões que envolvem uma boa saúde mental é a sociabilização livre de um ambiente invalidante, o que normalmente não ocorre com o indivíduo com transtorno mental que passa parte da vida sendo julgados, o que lhes impedem de uma melhor qualidade de vida.

O atendimento das pessoas com transtornos mentais deve ser realizado na perspectiva de garantia dos direitos humanos, sendo que, para isso, as iniciativas governamentais são fundamentais, com destaque para a construção e consolidação de uma política de saúde mental fortalecida, com investimentos que possibilitem a expansão de atendimento e, mais importante ainda, a possibilidade de preservar e prevenir o adoecimento, pois saúde mental engloba vários outros segmentos. (ZANELLA, 2019, p.41).

E é nesse contexto que as políticas de saúde mental buscam, através de leis, possibilidades de um tratamento embasado nos direitos humanos e sociais a fim de promover um ambiente saudável para que seja possível uma melhora no quadro de saúde desses indivíduos.

7 art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 6)

4 DIREITOS: AS LEIS, LAÇOS EXISTENTES 1932 a 10.216/2001

Delgado (2020), diz que “em 1989 o deputado eleito por Minas Gerais, foi procurado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial a fim de que fosse lançado um projeto de lei na defesa dos pacientes psiquiátricos”.

Ressalta Delgado (2005), “então lançou projeto de Lei que buscava regulamentar o direito a pessoas com transtornos mentais baseado em direitos civis e humanos e a reorientação do modelo psiquiátrico com o fim dos manicômios”.

Em seu projeto, que foi amplamente discutido, buscava impedir a criação de novos leitos para um tratamento mais livre para pessoas com algum transtorno mental. Dessa forma, demonstrava defender “[...] o doente mental brasileiro da estigmatização, do processo de isolamento, do tratamento indevido, da sedação excessiva e de tudo que compunha o universo da interdição compulsória, da tutela, da curatela, o universo predominante na psiquiatria brasileira”. (PAULO, 2020, p.21).

Paulo tinha em mente a necessidade de uma lei fracionada em três fases, a primeira buscava implementar um sistema mais livre para o paciente com transtorno mental, sem novos leitos. O segundo, que considerada mais complexa, era quebrar o paradigma da população quanto à desestigmatização destes pacientes. E o terceiro e último a reinserção dos pacientes na sociedade.

A extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória e dando outras providências na área dos recursos públicos é a primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano. (DELGADO, 2005, p.1).

Paulo Delgado teve o pensamento além do seu tempo e defendia a promoção e assistência ao paciente com transtorno mental mais humanizada, visualizando um modelo de redirecionamento através do projeto de lei 3657/1989 que mais tarde, tornou-se a Lei 10.216/2001.

O referido projeto tramitou por 12 anos no Congresso e passou por resistências intensas e somente em abril de 2001 foi possível a promulgação da Lei 10.216.

[...]uma avalanche de movimentos por mudança de legislação dos direitos dos enfermos mentais pipocou em muitos lugares em projetos de leis estaduais e municipais similares. Começou pelo Rio Grande do Sul e

contagiou o país: mais seis estados e o Distrito Federal. [...] (PITTA, 2011, p.7).

“A Reforma Psiquiátrica é de certa forma a abolição da escravidão do doente mental, seu fim como mercadoria de lucro dos hospitais fechados, da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos.” (DELGADO, 2005, p.4).

Os anos 80 e 90 foram fundamentais no processo de Reforma Psiquiátrica e mais ainda com a aprovação da Lei em 2001. Pitta (2011) “acredita que nos anos 80 e 90 os movimentos de Reforma Psiquiátrica ganharam relação contígua que se fortaleceram ainda mais com os movimentos sociais”.

A partir dos anos 1990 diante da distinção de representantes governamentais que percorreram os caminhos de redemocratização no país, percebe-se uma grande massa social contra o antigo modelo asilar de exclusão e hospitalização, assim, diferentes classes profissionais, além de juristas, parlamentares usurários e familiares buscavam caminhos contra o enclausuramento, segundo Pitta e Guljor (2019).

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde foi sucessivamente ocupada por militantes da Reforma Psiquiátrica, fazendo avançar, na dependência das conjunturas, favoráveis ou não, uma reforma da assistência desospitalizante, dirigida ao território, à comunidade, num exercício ativo do cuidar em liberdade, seguindo o princípio de que a liberdade é terapêutica! (PITTA; GULJOR, 2019, p.5).

Nesse mesmo período, ocorre a Declaração de Caracas amplamente democrática e através da participação de profissionais da saúde, legisladores, organizações se unem a fim de reestruturar a atenção psiquiátrica nos sistemas locais de saúde.

O movimento de Reforma Psiquiátrica toma uma proporção ainda maior, já criou forças com união de movimentos sociais. Conforme predispõe Pitta (2011), o movimento foi solidificado e é o emergente movimento da Luta Antimanicomial após o I encontro em Salvador em 1993. Foram os mais diversos grupos que incorporaram ao movimento e contra suas dissidências e que foram decisivos para consolidar uma política de saúde mental e aprovação da Lei 10.216/2011.

Entretanto, foi na II Conferência de saúde mental que ocorreu em 1992 de cunho amplamente democrático, já que contou com apoio de segmentos importantes no movimento, foi considerado marco na Reforma Psiquiátrica, já que seu relatório final serviu como diretriz e direcionamento para as mudanças e atenção à saúde

mental e nesse momento grandes nomes que conduziram essa reestruturação na gestão de Domingos Sávio como Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado, Eliane Seidl, Alfredo Schectman. (PITTA, 2011).

O Ministério Público através da portaria ministerial 336/2001, a portaria 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde e com o apoio da política pública fervorosa do Brasil naquele momento, foi possível construir ideais para o movimento.

Nesse sentido, para Pitta (2011), tem-se no Brasil o início de uma era importante para a saúde mental diante dos importantes marcos normativos para a Reforma Psiquiátrica. Foram estabelecidas portarias sancionadas antes e após a lei 10.216/01 dispendo sobre a proteção e direitos aos indivíduos com doenças mentais e dando redirecionamento assistencial, dentre elas a portaria que define uma reestruturação do modelo de atenção ao indivíduo com transtorno mental nº 106/2000 que, diante da necessidade da humanização de atendimento psiquiátrico cria os serviços residenciais terapêuticos e saúde mental.⁸

A segunda portaria, a nº 336 de 2002 estabelecia os centros de assistência social em três modalidades, CAPS I, CAPS II e CAPS III que seriam definidos a partir de seu porte, abrangência populacional e complexidade.⁹

Dentre as diversas características, pode-se definir o CAPS I como serviço psicossocial capaz de atender população que possua de 20 a 70 mil habitantes, além de disponibilizar atendimento em grupo, individual, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias com foco em inserir o paciente na comunidade.

O CAPS II, para estar em conformidade com a portaria ministerial (2002), deverá atender população com habitantes de 70 mil a 200 mil habitantes e o CAPS III população com mais de 200 mil habitantes. Dessa forma, os três modelos de CAPS conferem quase que os mesmos parâmetros descritos, contudo, com certas peculiaridades distintas, inclusive a quantidade de profissionais habilitados e capacitados para atender os pacientes à proporção populacional.

8 Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

9 Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

Sob o comando de Pedro Gabriel Delgado, que foi uma figura importante na luta antimanicomial, geriu pontos fundamentais no movimento de Reforma Psiquiátrica,

Alí já aparece a complexidade do campo da Reforma Psiquiátrica claramente delineado: enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social. Foi uma festa de participação democrática e representação social com mais de dois mil participantes, convidados e testemunhas nacionais e internacionais, onde se pôde ratificar e criticar elementos contidos na Lei (PITTA, 2011, p.4587).

E nesse contexto democrático e complexo de luta pelas políticas de saúde mental no Brasil, em 2001 é sancionada a Lei 10.216 assegurando direitos e dando assistência e proteção aos indivíduos com transtorno mental.

Dentre os diversos artigos da referida lei, alguns chamam atenção à clara influência de movimentos sociais a favor da Reforma Psiquiátrica o art. 6º, onde prevê que a internação que somente poderá ser realizada mediante laudo médico que caracterize os motivos.

Ademais, a lei menciona ainda acerca dos serviços terapêuticos não asilar e a substituição dos manicômios pelas redes de atenção psicossociais.

4.1 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Desinstitucionalizar para Amarante (2004), “consiste em promover a desconstrução de um paradigma social buscando a solução através da mobilização de grupos sociais envolvidos ou não no processo a fim de construir uma mudança na saúde mental”.

Amarante (1996), remonta um breve conceito da institucionalização explicado por Basaglia como o complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do eu, o induz a um vazio emocional.

Através desse conceito inicial de Basaglia, é possível dar o “*start*” no processo contrário à opressão institucional e assim surge desinstitucionalização

realizada por ele no manicômio de Gorizia e posteriormente adotado na luta antimanicomial no Brasil.

O processo de desinstitucionalização deve partir da desconstrução no âmbito sociocultural e atitudes inclusive do corpo hospitalar dentro dos asilos, da psicoterapia institucional e familiares, além disso, com mudanças teórico-políticas. (AMARANTE, 1996).

Com um perfil dessa natureza, a desinstitucionalização torna-se um processo que deve ser levado a cabo não apenas no hospital psiquiátrico - e também porque a instituição psiquiátrica não é entendida tão-somente como o manicômio -, mas no conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria. Um exemplo desse processo de desinstitucionalização é a desconstrução dos conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contém não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos. (AMARANTE, 1996, p.87).

A ideia da reforma na psiquiatria é tão antiga quanto o surgimento de sua especialidade na medicina. Conforme já demonstrado ao longo do texto, o movimento passou por um longo processo de luta a fim de proporcionar aos pacientes psiquiátricos um tratamento adequado e acompanhamento desinstitucionalizado.

Para Hirdes (2009), desinstitucionalizar, que é um termo que teve origem no movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana, é deslocar o paciente isolado na instituição para acesso à comunidade. Assim, esse processo não ocorre de forma simples, mas através de um conjunto de ações e atitudes, bem como quebra de paradigmas sociais e dentro da família do paciente.

Amarante (1990), com intuito de contribuir no entendimento da desinstitucionalização traçou 3 formas de lidar com esse processo teórico-prático que será explicado a seguir.

A primeira forma de desinstitucionalização foi a desospitalização, tal conceito surgiu nos Estados Unidos e tem como objetivo a retirada dos doentes dos hospitais e Amarante (1990), afirma ainda que esse projeto está baseado em projetos preventivos com fim de reduzir custos para os cofres públicos.

Já a desinstitucionalização como desassistência, para Amarante (1990) é o processo de abandono dos doentes à própria sorte. Ele considera ainda que esse conceito está ligado a um grupo de conservadores e resistentes a novas ideias e direitos de excluídos sociais (minoritários) e estes têm interesses econômicos que se

opõem à desinstitucionalização. “[...]a tendência contra-desinstitucionalizante assume maior magnitude após o Projeto de Lei Paulo Delgado - 3.657/89, que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência.” (HIRDES, 2009, p.299).

Ao tratar do processo de desinstitucionalização é importante frisar a importância da desconstrução de paradigmas da busca incessante de resolução da doença mental, e de sua cura em torno do isolamento, medicalização e desqualificar o indivíduos com transtorno. (AMARANTE, 1996).

Na desinstitucionalização como desconstrução, de acordo com Hirdes (2009), é um modelo associado à crítica epistemológica e saber do psiquiatra. É nesse movimento que a Reforma Psiquiátrica brasileira é inspirada, baseada e influenciada nos ideais de Franco Basaglia na Itália e que chegou ao Brasil em 1970 com a criação da psiquiatria democrática após a promulgação da Lei 180 na Itália.

Amarante faz comparativo da Reforma Psiquiátrica e Reforma sanitária quanto à natureza do entendimento médico e as medidas administrativas que foram aplicadas e sem que fossem questionadas abordagens técnicas baseadas nos sintomas, especialismo, diagnóstico e medicação.

Além disso, durante o processo de desinstitucionalização considera-se ainda a internação psiquiátrica devendo ser utilizada apenas em casos de extrema necessidade, olvidando o antigo modelo asilar e, conforme artigo 6^a da Lei 10.2016/01 somente a partir de relatórios e autorização médica.

A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, na medida em que é um procedimento que induz à recorrência (reinternações), pior prognóstico a longo prazo de transtornos psiquiátricos, aumento desproporcional para o custo do sistema de saúde e da assistência além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais dos hospitalizados. (PITTA; GULJOR, 2019, p.4).

Ocorre que, no Brasil, só se tem uma noção do movimento de desinstitucionalização deixando de ser entendido com uma visão abolicionista e passando a ter a noção de uma desconstrução e desospitalização a partir de Basaglia. (AMARANTE, 2004).

Assim, esse processo decorre da política de prevenção ao sistema de atenção básica à saúde do SUS, que busca conscientização da população e estímulo à importância de cuidados preventivos a fim de controlar demandas

epidemiológicas, ao invés de buscar esse sistema apenas, após agravamento e risco de morte da doença.

Dessa forma, no campo da saúde mental seguindo a mesma lógica, o CAPS surge de forma eficiente e humanizada, reduzindo o tratamento medicamentoso e de isolamento, além de evitar as internações psiquiátricas.

Se cuidamos dos pacientes de maneira eficiente, cuidadosa, humanizada, oferecendo-lhe muito mais do que apenas um diagnóstico, medicação e aprisionamento, o risco de ele entrar em uma crise e necessitar de uma internação psiquiátrica reduz drasticamente. Por exemplo, quando eu comecei a trabalhar na saúde mental há 20 anos, todos os pacientes que chegavam ao recém-inaugurado CAPS que eu trabalhava, já tinham passado por internação psiquiátrica, geralmente, muito mais do que uma. Hoje é comum termos pacientes, especialmente os mais jovens que já pegaram o novo modelo de atenção, que nunca precisaram de internação psiquiátrica. (ALMEIDA, 2019, p.3).

A partir de 1990 houve uma drástica redução dos leitos em hospitais de psiquiatria no Brasil e desinstitucionalização dos pacientes com transtornos, tornando-se política de saúde no Brasil e que aumentou com as normas aplicadas pelo Ministério da Saúde.

Na primeira metade da década de 1990, foram inaugurados quase cem serviços de atenção diária que seguiu crescendo inercialmente. Na ocasião, considerava-se que a substituição asilar vinha acontecendo “de maneira inequívoca e regular no Brasil nos últimos dez anos”, e que se podia esperar uma aceleração do processo. (PITTA, 2011, pg.8).

A internação psiquiátrica, ao contrário do que era aludido anteriormente, ao invés de promover uma evolução do paciente serviu para aumentar a recorrência do tratamento psiquiátrico e aumento dos custos de saúde, além dos malefícios psicossomáticos e consequências que geram para o usuário.

De acordo com Kantorski e Cardano (2019), entre 2006 e 2010 ocorreu uma vasta redução de leitos nos hospitais psiquiátricos sendo desinstalados em torno de 6.832. Além disso, de acordo com Ministério da saúde, o ano de 2006 foi considerado um marco histórico, atenção primária na saúde mental do país, em razão dos gastos federais terem ultrapassado os programas dos hospitais, o que retrata uma reorganização no financiamento da saúde mental.

Para o Ministério da Saúde (2015), o modelo da política de saúde mental no Brasil segue o modelo de desinstitucionalização que envolveu um grande e processo complexo de desospitalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos e criou

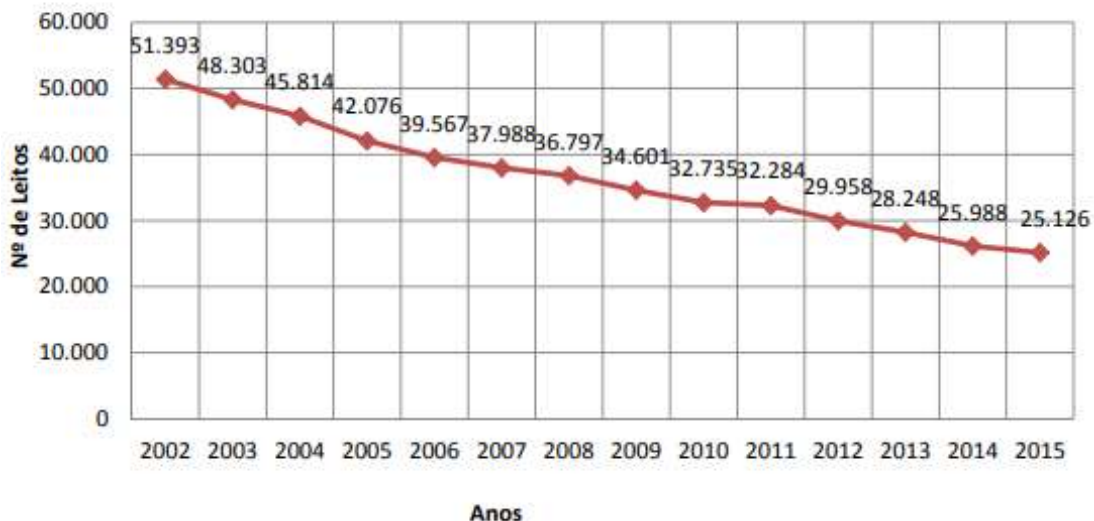
condições para tratamento humanizado e qualificado de atenção psicossocial reabilitação e reinserção.

“Até o ano de 2015 verificou-se a ampliação do acesso ao cuidado fora do manicômio e o investimento e valorização dos serviços extra-hospitalares”. (KANTORSKI; CARDANO, 2019, p4).

O procedimento de desinstitucionalização buscou inserir o paciente com transtorno mental na comunidade, através da participação social do usuário e da família, superando o modelo asilar. Além disso, contou com o apoio dos movimentos sociais e validação da vida em comunidade.

Conforme demonstra gráfico a seguir, a queda contínua no número de leitos de UTI entre os anos de 2011 e 2015 foi bastante acentuada e retrata consequências da quebra de paradigmas quanto à saúde mental, resultado da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização.

Figura 4 – Número de leitos psiquiátricos por ano.



Fonte¹⁰: Relatório de gestão de saúde mental do SUS 2011-2015

Assim, nota-se que, de 2002 para 2015 houve uma queda de 48,8% dos leitos psiquiátricos, assim, foram menos 26.267 (vinte e seis e duzentos e sessenta e sete) mil leitos a menos

10 Relatório de gestão de saúde mental do SUS 2011-2015 disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>

Para o Ministério da Saúde (2005), houve uma drástica redução dos leitos psiquiátricos com os grandes hospitais. Para se ter noção dessa redução no Brasil, é fundamental considerar todo processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, bem como analisar que, cada região do Brasil é subjetiva culturalmente e depende da pactuação de três esferas do governo (federal, cultural e municipal).

Ademais, de acordo com o Ministério da Saúde (2005), apesar de ainda haver uma alta concentração de leitos de psiquiatria na região Nordeste do Brasil, as instituições de saúde buscam mecanismos de segurança, a fim de reduzir a expansão desses leitos para que sejam substituídos.

Diante disso, com a política de desinstitucionalização, houve a implantação de programas que visem contribuir para a queda nos leitos, dentre eles o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria instituído em 2002, Ministério da Saúde (2005).

O objetivo do PNASH é de vistoriar e avaliar a situação dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos no país, a fim de que se verifique a qualidade da assistência mental para que estejam de acordo com as determinações da saúde e em respeito aos direitos e dignidade da pessoa humana. Com a criação do PNASH o processo avaliativo da rede de saúde mental no sus passa a ser pragmático e técnico, utilizando a coleta de dados como instrumento avaliativo Ministério da Saúde (2005).

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O PNASH vem conseguindo nos últimos três anos vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que muitos leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.15).

Nesse contexto, e com a finalidade de promover a redução dos leitos psiquiátricos nos hospitais macros, àqueles acima de 600 e de grande porte (de 240 a 600 leitos psiquiátricos), em 2004 foi aprovado o programa anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), Ministério da Saúde (2005).

Diante disso, o programa tem o objetivo de redução dos leitos de forma planejada e com alternativas de atenção ao modelo psicossocial “[...]deve incluir o

aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.19).

Outrossim, com a redução dos leitos dos grandes hospitais houve uma melhora na qualificação de atendimento e redução do aporte de gastos sendo possível aplicação de recursos e direcionamento a outros equipamentos e ações na saúde mental.

Demonstrada a importância do programa PNASH, juntamente com o programa anual de reestruturação da assistência hospitalar (PRH) do SUS no processo de desinstitucionalização, bem como a efetividade das ações na redução de leitos psiquiátricos na melhoria da qualidade da saúde mental, foram implantadas as residências terapêuticas a fim de concretizar o modelo de atenção psiquiátrica.

Para Almeida (2016), as residências terapêuticas fazem parte da política nacional de saúde mental implementada através da portaria nº 106/2000 que busca a inserção social dos pacientes com transtorno mental que surge no momento de Reforma Psiquiátrica.

São locais destinados aos indivíduos com transtorno mental que necessitam de um longo período de internação. Pela lei, o período é de dois anos ininterruptos, e não tem condições de retornar às suas famílias ou não possuem suporte familiar, esses locais devem funcionar em bairros da cidade e em contato com os demais membros da sociedade.

A portaria ainda define os tipos de serviços de assistências terapêuticas em dois tipos, a saber: o tipo I, para pessoas com transtornos mentais, que devem acolher no máximo 8 pacientes. E o tipo II, destinado a pessoas com transtorno mental e nível de dependência em razão de comprometimento físico e precisam de cuidados, acolhendo no máximo 10 moradores.

Substituindo o artigo 7º da portaria nº 106/2000, a portaria 175/2001, trouxe mudanças no texto legal determinando que as residências estejam vinculadas aos serviços ambulatoriais do CAPS com uma equipe habilitada a acompanhar o paciente. Esse serviço está vinculado à substituição do hospital psiquiátrico¹¹

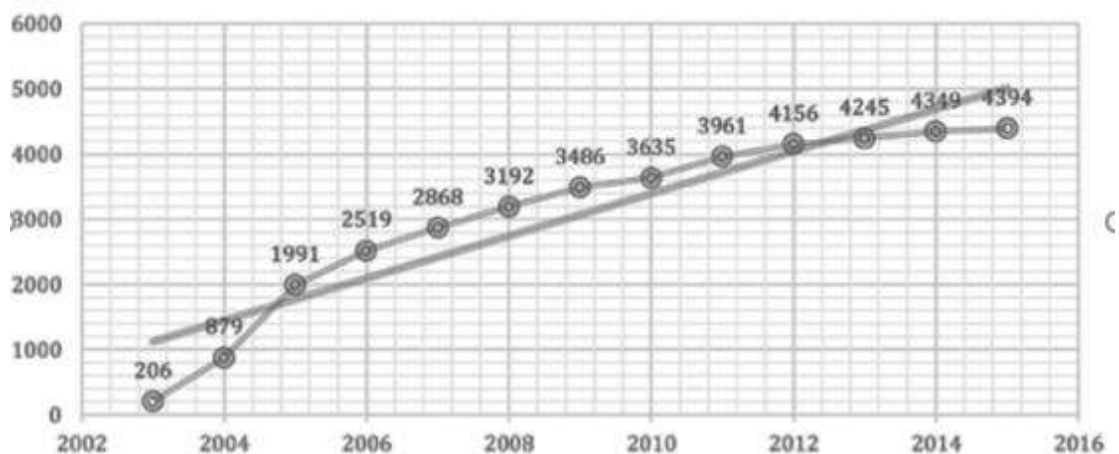
11 Portaria 106 de 2000 - Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de

contudo, observando particularmente a evolução e desenvolvimento de cada paciente, Ministério da Saúde (2000).

E como parte do novo modelo de política de saúde adotado pela Lei 10.708/2003, foi instituído o auxílio reabilitação social que é um benefício que integra o programa de ressocialização do paciente egresso da internação destinado a contribuir no tratamento terapêutico, o de programa de volta para casa.

Para o Ministério da Saúde (2007), esse programa concretizou uma das reivindicações da Reforma Psiquiátrica, uma vez que possibilita ao paciente o mínimo de dignidade para sobrevivência.

Figura 5 – Beneficiários ativos no programa.



Fonte: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n3/11-20/#ModalFig1>

A partir do gráfico anterior percebe-se o aumento de beneficiários ativos no programa de volta para casa no decorrer dos anos, além do investimento realizado pelo governo desde quando foi sancionada a lei, em 2003 até o ano de 2017.

Um dos grandes avanços do processo de desinstitucionalização ocorreu ainda com a portaria nº 2.840/2014 que cria um programa de desinstitucionalização da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), no SUS com objetivo de apoiar e

Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

desenvolver ações de reabilitação para pessoas com transtorno mental ou com necessidades provenientes do uso de álcool e drogas.

A portaria segue as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, fundamental no desenvolvimento da saúde mental e será abordada em capítulos seguintes, tratando dos objetivos, competências das equipes dentre outros aspectos da desinstitucionalização.

Embora a política de saúde tenha deixado grande lacuna de quantos indivíduos com transtorno mental associado ao uso de drogas por algum tempo, devido ao aumento desses usuários e a complexidade dos casos ocorridos a partir de 2003, inicia o modelo de sistema de CAPS direcionado a esses pacientes, Ministério da Saúde (2007).

4.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Conforme já explicitado, o art. 196 da Constituição Federal de 1988, amplamente democrática, trouxe de forma explícita os direitos e garantias do cidadão brasileiro. No quesito saúde, estabeleceu necessidades mínimas de acesso universal e igualitário, visando políticas de saúde que promovam a redução de risco de doenças.

Portanto, resta claro e formalizado o dever do estado na segurança desses direitos, assegurando o tratamento, disponibilização de vacinas e fármacos, internação, dentre outros.

Nesse sentido, nota-se nos últimos tempos o papel fundamental do Supremo Tribunal Federal (STF) e sua atuação institucional em razão de grandes questões de políticas públicas de saúde no poder executivo e demandas de judicialização de repercussão social, que são decididas por esse órgão.

Sucedo que, antes de tratar acerca da judicialização, vale mencionar inicialmente sobre o princípio da reserva do possível que é um instituto doutrinário que tem sido mencionado em inúmeras decisões do STF e levantada discussões acerca do direito do cidadão ao mínimo para manutenção de sua dignidade em face ao custo financeiro do Estado na concretização dos direitos à saúde garantidos na Constituição Federal de 1988.

O instituto da reserva do possível teve sua origem na Alemanha em 1972, com a decisão do Tribunal Alemão no caso “*numerus clausus*” que discutia sobre a limitação de vagas nas universidades desse país para estudantes que não foram admitidos e, por esse motivo, ingressaram com ação judicial invocando o art 12 da Lei Alemã¹².(CUNHA, 2017).

Em que pese o reconhecimento do Tribunal Alemão acerca da razão que pretendiam os estudantes, a corte construiu a teoria da reserva do possível que dispõe o seguinte: “só é possível exigir aquilo que estiver dentro dos limites do razoável”, de modo que, no caso dos estudantes, o Bundesverfassungsgericht considerou “não ser razoável esperar do Estado o oferecimento de vagas ilimitadas para o curso de medicina” (CUNHA, 2017, p.1).

Ocorre que, no Brasil, a doutrina tem sido mal interpretada e utilizada como forma de justificar a possível insuficiência de recursos públicos que, na realidade, trata-se de omissão do Estado na garantia de direitos à saúde do cidadão e cumprimento de um dever que lhe é imputado. Tais decisões têm sido proferidas constantemente no país na judicialização à saúde e que corroboram com aumento da desigualdade e injustiça social.

Nesse sentido, acrescente-se a frase do autor alemão Andreas Krell em 1993.

Vários autores brasileiros tentam se valer da doutrina constitucional alemã para inviabilizar um maior controle das políticas sociais por parte dos tribunais. Essa posição é discutível e, na verdade, não corresponde às exigências de um Direito Constitucional Comparado produtivo e cientificamente coerente. (KRELL, A', O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL, O MÍNIMO EXISTENCIAL E O DIREITO À SAÚDE, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1993).

A reserva do possível não pode ser utilizada como ineficiência e omissão pública, mas sim um meio de defesa e garantia de direitos mínimos do cidadão previstos na Constituição Federal 1988.

Para Melquiades '(2011), o direito à saúde é primordial, já que esse preserva o direito à vida, devendo as demandas de saúde serem prioridade. Dessa forma, o direito à vida é garantia do direito à saúde! Conforme previsão Constitucional, os

12 O Artigo predispõe que “todos os alemães têm direito a escolher livremente sua profissão, local de trabalho e seu centro de formação”.

direitos sociais são fundamentais e devem ser protegidos de qualquer hipótese de extinção.

Corroborando com o exposto, para Dirley (2018), a decisão do Ministro Barroso na ADPF nº 45 tem sido modelo paradigmático quando entende o controle de políticas públicas como modo de efetivar direitos sociais e, quando o Estado se mantém inerte quanto a direitos fundamentais e garantias da população, não pode se utilizar da reserva do possível.

O ministro então afirmou que a omissão do Estado que deixa de cumprir, em maior ou menor extensão, a imposição ditada pelo texto constitucional qualifica-se como comportamento revestido da maior gravidade político-jurídica, eis que, mediante inércia, o Poder Público também desrespeita a constituição, também ofende direitos que nela se fundamentam. (MELLO, 2013, STF nº 345/2004).

Para Barroso (2012), esse crescente na judicialização decorre de fatores como redemocratização com a promulgação da Constituição de 1988 e suas garantias e direitos ao cidadão como dever do Estado e um controle de constitucionalidade mais controlado e abrangente.

Nesse sentido, a magistratura, juntamente com a advocacia pública e privada, e o Ministério Público (MP), protagonista responsável pelo “[...]dever de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis”¹³, (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), atuam sobre questões da coletividade, defesa dos direitos fundamentais, humanos e civis estabelecidos na Constituição Federal.

Em razão das dificuldades que o judiciário tem em proporcionar a população um tratamento convergente ao que predispõe a Constituição Federal, inclusive com relação à saúde mental, nota-se o aumento dos litígios que foram instalados no Brasil, conforme Musse (2019).

Por esse motivo, O MP¹⁴ serve como agente da lei que contribui e atua na judicialização e, inclusive foi responsável pela instalação de promotorias de defesa à saúde, e desde quando sancionada a Lei 10.216/2001, busca o cuidado e proteção

14 Além de Ação Civil Pública, de caráter coletivo, o MP pode atuar judicialmente em saúde mental por intermédio da propositura de Mandado de Segurança e Habeas Corpus, em demandas individuais em saúde mental, que envolvam, a título ilustrativo, internação e manutenção de pessoa com transtorno mental em cárcere privada(MUSSE et al, 2019, pg.22)

aos indivíduos com transtornos mentais, e pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e drogas, segundo Musse (2019).

O MP possui um conjunto de atribuições de envergadura constitucional direcionado à garantia de efetivação dos direitos fundamentais, colocando-o em um patamar de instituição democrática resolutive, diante do distanciamento ainda existente entre a sociedade e o Estado, na realidade vivenciada pelos cidadãos. (MUSSE, 2019, p.27).

No campo da saúde mental que é o foco principal do trabalho, o MP atua reprimindo condutas que venham a promover um retrocesso inclusive quando há infração de Lei Federal 10.216/2001 e até mesmo de princípios Constitucionais, sobretudo.

O Ministério Público atua através de ferramentas judiciais e, em acordo com requisitos legais, realizando fiscalização com a finalidade de defesa da ordem pública, recomendação¹⁵ sobre internações involuntárias e compulsórias; Termo de Ajustamento de Condutas – o TAC - bem como audiências públicas que “[...]asseguram a participação direta do cidadão no processo de tomada de decisões no campo das políticas públicas”. (MUSSE, 2019, p.27).

Quanto à audiência pública, trata-se de um instrumento judicial consultivo que é possível à população interessada e envolvida em determinada questão coletiva, participe da discussão e seus anseios que refletem diretamente em questões sociais.

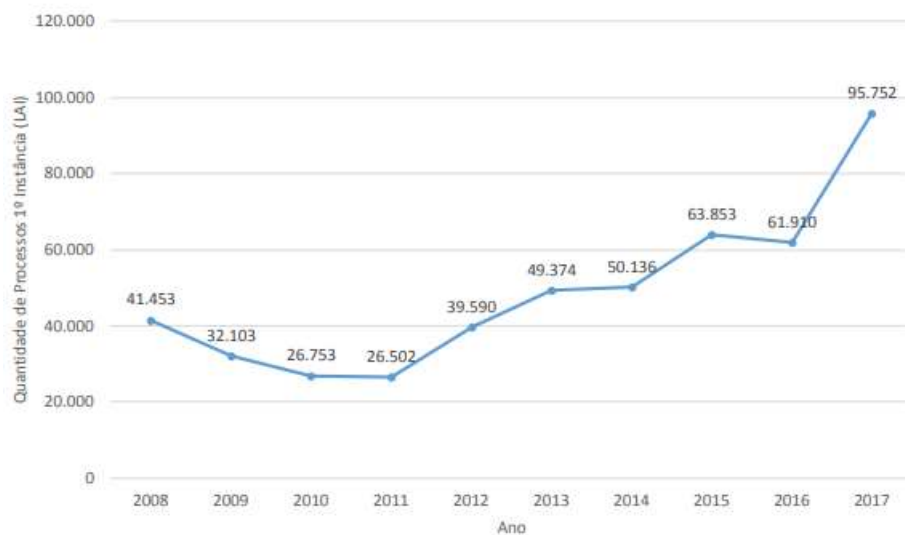
De acordo com Musse (2019), um exemplo de fiscalização do Ministério Público na ordem da saúde mental é sobre a inspeção e funcionamento dos serviços prestados pelos RAPS – Redes de Atenção Psicossocial, tais quais incluem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Unidades de acolhimento e os leitos de hospitais gerais Hospitais Psiquiátricos. No Estado da Bahia no ano de 2019 foram identificadas 85 fiscalizações.

Ocorre que, a judicialização à saúde mental no Brasil tem aumentado após retrocessos principalmente quanto às internações compulsórias de pessoas com transtorno mental ou uso de álcool e tóxicos. (MUSSE, 2019). A judicialização é a busca de ação judicial com frequência a fim de resolver demandas acerca de um determinado pleito.

15 Art 6º XX, da Lei Complementar no 75/1993; art. 27, parágrafo IV da Lei no 8.625/1993; e Resolução no 164/2017 do CNMP

O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016. Tal montante, ainda que pequeno, frente ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais. (CNJ; INSPER, 2019, p.13).

Figura 6 – Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância).



Fonte: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>

A partir do gráfico anterior, nota-se um aumento de aproximadamente 130% nos processos de judicialização à saúde do ano de 2008 ao ano de 2017.

O “[...]possível retorno à centralidade das internações, sobretudo as forçadas, como estratégia de tratamento, que contrariam as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área de saúde mental e a lei supracitada”. (MUSSE, 2019, p.20).

De acordo o NAJS:

[...] 2.600 demandas analisadas, aproximadamente 38% dizem respeito à internação, ao passo que aproximadamente 26% são relacionadas à assistência farmacêutica. Outra demanda judicial bastante significativa é a de serviços especializados em domicílio, que correspondem a cerca de 28% da judicialização no estado [...] (CNJ; INSPER, 2019, p. 90).

De acordo com CNJ e INSPER (2019), na Bahia, é possível perceber evolução em mecanismos de judicialização da saúde já que, até 2015 na SESAB tinha um departamento específico para o tratamento dessas demandas, criando o Núcleo de Atendimento a Judicialização da Saúde (NAJS), composto por

profissionais da saúde, advogados e técnicos administrativos. Através desse núcleo, foi possível a população obter acesso à defesa, informações e demandas judiciais.

O aumento da judicialização vem dando sinais de que há uma grande dificuldade de acesso à prestação de serviços, bem como compreensão de mecanismo de saúde à população, mas que, por esse motivo, vem sendo criado órgãos para apoio técnico.

De acordo com a SESAB “houve redução da judicialização com a criação da Câmara de Conciliação de Saúde (CCS) que é um apoio a mais as ações coletivas e que busca resolver questões na saúde”. (CNJ; INSPER, 2019).

Em razão das recomendações do CNJ¹⁶ e, a fim de criar espaços interinstitucionais de saúde nos tribunais de justiça, surgiram; Câmaras de Conciliação, NAT-JUS que é um apoio aos juízes permitindo consulta rápida para decisões de urgência e o Comitê Executivo Estadual de Saúde, que compõe membros do TJ/BA como:

[...]Justiça Federal, Promotoria de Justiça, Advocacia da União, Defensoria Pública da União, Procuradoria do Estado, Defensoria Pública Estadual, Procuradoria do Município de Salvador, Secretaria de Saúde do Município de Salvador, dois representantes da saúde suplementar e dois representantes da saúde pública. [...] (CNJ; INSPER, 2019, p.92).

No que concerne ao crescimento de órgãos criados a fim de reduzir o número de judicialização, em razão da ausência de incentivos a atenção primária do SUS, ainda há um macro e complexo problema na saúde a ser resolvido pelo governo. A maior demanda de judicialização na Bahia são sobre serviços complexos e não por medicamentos.

O Ministério Público na Bahia ainda encontra resistência maior por órgãos do judiciário quando há ajuizamento de ações coletivas e que, muitas vezes, são indeferidas sob o argumento de reserva do possível, outrora citada.

Todavia, em relação ao executivo, o Ministério Público na Bahia tem sido vitorioso e reduzindo o número de judicializações, já que parte dos problemas são resolvidos diretamente através de ofícios à secretaria. Assim, resta clara a importância de órgãos administrativos que sejam menos burocráticos e resolutivos a fim de reduzir a judicialização.

16 Através do decreto judiciário 790 de agosto de 2017

Ademais, dada a importância da discussão sobre saúde mental e os direitos do cidadão, o MP tem como dever realizar audiências públicas a fim de transmitir à comunidade de maneira clara, a necessidade de cuidados e deveres do cidadão acerca da saúde mental.

5 UM CASO, UMA PRÁTICA QUE ATRAVESSA MUDANÇAS POLÍTICAS

Conforme ora explanado, os movimentos de Reforma Psiquiátrica iniciaram desde os anos 70 no Brasil a partir da integração e organização social de inúmeras áreas da sociedade como profissionais da saúde mental, usuários, instituição de classes profissionais, dentre outros.

Ademais, a população foi influenciada por ideais da Revolução Italiana, fundamentada na desinstitucionalização e crítica ao antigo modelo manicomial, que resultou no Brasil o surgimento dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, posteriormente, a sanção da Lei 10.216/2011 que garantiu proteção ao indivíduo com transtorno mental.

Dito isso, as primeiras propostas relacionadas a uma assistência psicossocial para consolidação dos CAPS no Brasil surgiram a partir da realização do II Congresso Nacional que ocorreu na cidade de Bauru, cujo tema foi “uma sociedade sem manicômios” juntamente com a I Conferência Nacional da Saúde Mental em São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os CAPS surgiram, no Brasil, na década de 1980, e foram regulamentados em 1992 através da Portaria MS 224/92 com vistas a garantir um cuidado de base territorial e serem serviços substitutivos aos hospitalares, oferecendo cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico. (MILIAUSKAS, 2019, p.1).

O primeiro CAPS do país foi inaugurado na cidade de São Paulo, em 1986, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira que representou um intenso avanço na conquista ao movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A nova proposta de CAPS visava substituir os antigos modelos hospitalocêntricos de internação.

Os CAPS trouxeram uma nova proposta ao antigo modelo asilar, possibilitando o indivíduo com transtorno mental um atendimento mais humanizado e efetivo além de permitir acesso aos familiares, o que contribui na reintegração e recuperação do paciente. Essas mudanças ensejaram um maior acolhimento além de melhor convívio dos pacientes à sua família e a comunidade gerando uma maior autonomia e liberdade (AMARANTE, 2008).

Para Braga e Junior (2019), a proposta dos CAPS não seria a substituição do modelo asilar, muito além disso, a intenção seria uma nova forma de cuidado à

saúde mental através de um tratamento baseado em romper antigos padrões de isolamento. Os CAPS consolidam o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A partir da portaria 224/1992, o Ministério da Saúde regulamentou os Centros de Atenção Psicossocial. (CAPS) são centros de Atenção Básico de Saúde, parte do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que somente em 2002 que passaram a receber parte de recursos públicos específicos (BRAGA; JUNIOR, 2019).

Assim, os CAPS são centros especializados e estruturalmente organizados através de um sistema de integração multiprofissional ao usuário, família e comunidade de acordo com a área de circunscrição onde residem. Eles são subdivididos em CAPS I, II e III, CAPS i, CAPS AD (BRASIL, 2004).

A divisão dos CAPS acontece da seguinte forma; Os CAPS I, II e III atendem a população que sofre com algum transtorno mental de acordo com a circunscrição: O CAPSi atende a crianças e adolescentes; CAPSad usuários de álcool e tóxicos em geral.

O CAPS I, II e III atende de forma prioritária a qualquer faixa etária que possui transtorno mental grave, bem como dificuldade de relação social, todavia, a diferença entre eles se dá pela quantidade de habitantes por município. De acordo com Sesab (2022), o CAPS I atende a população acima de 15 mil habitantes, e os CAPS II, municípios acima de 70mil habitantes.

Diferente dos supracitados, o CAPS III atende à população acima de 150 mil habitantes, todos os dias da semana ininterruptos.

Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes. (SESAB, 2022).

De acordo com a Sesab (2022), a Bahia atualmente possui 263 CAPS, sendo que parte desses são financiados pelo Ministério da Saúde e 19 ainda estão em processo de habilitação, restando, portanto, apenas 206 CAPS em funcionamento em todo estado. Dentre eles 158 são CAPS I, 35 CAPS II, 3 CAPS III, 20 CAPS AD, 10 CAPS i.

Já na cidade de Salvador, de acordo com o site da Secretaria Municipal da Saúde (2022), há um total de 21 CAPS sendo que 14 deles são CAPS para

população em geral, 2 CAPSi infantil, 2 CAPSad para usuários e viciados em álcool e tóxicos e 3 CAPS ambulatoriais.

Conforme dispõe O Correio da Bahia (2022), há um projeto de lei encaminhado pelo prefeito de Salvador à Câmara dos Vereadores, no dia 10 de maio de 2022, a fim de que seja instituída uma política de ampliação a atenção psicossocial, haja vista a crescente necessidade e aumento das demandas acerca da saúde mental provocadas pela pandemia da COVID-19.

Corroborando com o exposto anteriormente, de acordo com o Plano Municipal de Salvador 2022-2025, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (2022), a prefeitura juntamente com a secretaria de saúde vem buscando estratégias, a fim de implementar e investir na rede de atenção psicossocial na cidade de Salvador, consoante gráfico a seguir.

Figura 7 – Objetivos de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial em Salvador.

Diretriz 11 - Atenção à Saúde Mental				
Objetivo Específico 23: Implementar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador				
Metas/Indicadores	2022	2023	2024	2025
78. Requalificar 12 Centros de Atenção Psicossocial	0	3	5	4
79. Implantar 07 novos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (5 SRT e 2 CAPSi)	0	0	7	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025 / Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021.

Nesse sentido, a fim de obter e desenvolver uma maior robustez na pesquisa de dissertação, foram realizadas visitas a um CAPS em Salvador, considerado CAPS II, através uma abordagem etnográfica, observando o cotidiano institucional das relações entre os pacientes, profissionais e família e as práticas internas.

O CAPS está localizado no bairro de São Tomé de Paripe em Salvador Bahia e é considerado público/privado. O CAPS originou a partir da iniciativa de um grupo de 5 pessoas com espírito reformista e com objetivos em comum de oportunizar o atendimento e acesso à população daquela região, fundado no ano de 2002/2003.

A criação da instituição foi através do movimento desses 5 profissionais de saúde que buscaram a Secretaria Municipal Técnica de Saúde e enviam o pedido à Secretaria de Saúde e, a partir da Comissão Interditora Bipartite (CIB) e seus respectivos conselhos, realizam a votação de acordo com as normas brasileiras de criação do CAPS pela aprovação ou não do pedido.

Após a aprovação deste CAPS, ele passou a receber os valores para sua manutenção através de investimentos do governo Federal e outra parte através de convênio junto à Secretaria Ambulatorial, que cobre o subúrbio municipal.

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: • Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; • Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; • Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.17).

Nas visitas realizadas no período de aproximadamente 1 mês, foi possível observar a equipe multiprofissional entre psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, professor de educação física, técnicos de enfermagem e serviços gerais, cada profissional com definição de trabalho estruturado desenvolvendo diferentes atividades com finalidade de um bem comum: reestrutururação e cuidado a saúde mental do paciente e seus familiares.

O referido CAPS manteve o atendimento durante o período de pandemia através de uma agenda organizada entre os funcionários a fim de reduzir os estragos mentais provenientes da pandemia da COVID-19 e assim, foi possível ainda verificar a diminuição dos problemas severos graves em parte dos pacientes que frequentam a instituição.

O início de um dia de trabalho no CAPS ocorria quando as portas da unidade eram abertas e por elas passavam os usuários e os profissionais. No chamado acolhimento, os técnicos recebiam os pacientes, distribuíam o lanche, esperavam que o setor de enfermagem fizesse a distribuição da medicação e, logo em seguida, de acordo com a grade de atividades, começavam os atendimentos. Quando os profissionais chegavam ao CAPS já encontravam uma demanda definida. Em geral, antes da abertura dos portões das unidades, os usuários já estavam esperando, na porta, que os profissionais chegassem e comesçassem as atividades (KNOKE, 2011, p.46).

De acordo com Knoke (2011), os usuários do CAPS têm atendimento durante todo o dia, recebendo do café da manhã até o último lanche da tarde. A convivência em grupo, bem como individual demonstram construção de um processo terapêutico, além de um ambiente estruturado e acolhedor ao paciente e passam ter aquele local como referência. Além disso, os profissionais desenvolvem o trabalho de forma “[...] interdisciplinar e multiprofissional como estratégia para romper com o chamado “especialismo” (KNOKE, 2011, p.44).

Foi possível acompanhar momentos lúdicos entre os pacientes como o dia da dança, oficinas de artesanato, roda de conversa terapêutica em que avaliava abertamente no grupo sobre as preocupações, informações do dia a dia que fossem importantes para o paciente e o atendimento de acolhimento ao primeiro ingresso ao CAPS e avaliações periódicas e metas a serem traçadas, atendimento individual, ações educativas, atividades externas, elaboração de planos individuais, preparo de medicamentos (KNOKE, 2011).

Os pacientes que frequentam assiduamente o CAPS parecem apreciar as atividades diárias. Outrossim, o contato social é fundamental no tratamento e benefícios para saúde mental.

Através das visitas realizadas foi possível ainda identificar atividades interdisciplinares e inovadoras no campo da saúde mental que aconteciam diariamente e com o objetivo e desafio dos profissionais daquela instituição em inserir esse novo modelo de atenção à saúde que fosse voltado à ressocialização do paciente com transtorno mental.

Para mais, os atendimentos e atividades desempenhados no referido CAPS buscam a inclusão social dos pacientes e familiares a fim de reinseri-lo no contexto de vivência em comunidade de indivíduos abrangidos naquela área da cidade de Salvador promovendo um suporte à rede básica de atenção à saúde, contrário ao antigo modelo asilar.

Em uma das visitas foi possível examinar e acompanhar reunião de supervisão que fornece dados, relatórios e informações sobre o dia a dia do paciente e sobre suas famílias, além de relatórios internos que são enviados à prefeitura de Salvador para que fiquem registrados e sejam validados de acordo com os requisitos exigidos, necessários de enquadramento do CAPS municipal.

Ocorre que, há exigências obrigatórias requisitados pela Prefeitura de Salvador para que sejam elaboradas e acrescentadas ao relatório enviado ao

município. Todavia, em razão dos profissionais da prefeitura não dispor de conhecimento profundo sobre prática social diária dos usuários naquela instituição, os requerimentos acabam sendo burocráticos e dificultando pedidos que são essenciais e urgentes para as necessidades internas do CAPS.

Apesar do trabalho realizado e da história de luta dessa instituição, resta claro que os profissionais vêm enfrentando entraves burocráticos junto aos órgãos municipais, na busca de desenvolvimento da instituição expansão dos projetos.

6 RETROCESSO E DEVASTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Em que pese o grande desenvolvimento do processo reformador, que foi evoluindo com o tempo através de decretos e leis, e que finalmente, oficializaram a conquista dos movimentos sociais resultando na inauguração dos direitos e cuidados em saúde da pessoa com transtorno mental.

Conforme anteriormente explicitado, após longo período de luta, foi sancionada a Lei 10.216/2001 que dispôs sobre a proteção e direitos do paciente com transtorno mental, abordando aspectos de tratamento e internação somente em casos que fossem tecnicamente diagnosticados como necessários¹⁷, e é considerada um marco importante do movimento antimanicomial.

Para Zanella (2019), ao tratar da Lei 10.216/01, é importante salientar sobre a aplicabilidade quanto às questões da pessoa com dependência química grave da mesma forma do indivíduo com transtorno mental ou comorbidade com a dependência química. Isso somente ocorrerá através de políticas públicas de saúde que visem medidas que combatam fatores que são decisivos no adoecimento e não somente através de internamento e uso de medicamentos. Do contrário disso, dependentes químicos seriam tratados apenas por métodos paliativos, ineficazes e excludentes.

A importância dos direitos à pessoa com transtorno fica tão objetivada na referida lei, que ela dispõe de forma clara acerca de uma possível internação voluntária, de acordo com a vontade do paciente, mas somente concedida através de documento escrito, ou involuntária quando autorizado pelo médico e fiscalizado pelo Ministério Público.

Até aqui foram quatro as Conferências de Saúde Mental que ocorreram nos anos de 1987, 1994, 2001 e a última, em 2010. A partir da leitura dos relatórios finais é possível verificar e concluir que a cada ano ocorriam mudanças e evolução perceptíveis, promovendo o progresso das políticas de saúde mental.

17 Art. 6º Lei 10.216/01: A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Nessa pesquisa abordaremos acerca da última Conferência no ano de 2010 que teve o maior intervalo entre as demais conferências já realizadas, apesar de receber intensas críticas e cobranças de representantes de movimentos, familiares e usuários, conforme Zanella (2019). A partir disso, fica claro o retrocesso que vem sofrendo as políticas de saúde prejudicadas pela falta de atuação e atenção governamental.

O relatório descrito sobre a 4ª Conferência de 2010 dá acesso aos princípios e diretrizes do evento que reafirmam o interesse efetivo no desenvolvimento das políticas de saúde mental de forma integral e universal inclusive, responsabilizando os gestores quanto à viabilização dos modelos assistenciais e afirmando a recusa da terceirização da gestão dos serviços.

O documento relata ainda acerca da importância do acolhimento da população a todo e qualquer nível de assistência às residências terapêuticas, emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em hospitais gerais, leitos clínicos para desintoxicação, atendimento móvel de urgência e emergência, além de centro de convivência em todos os Centros de Atenção Psicossocial: do CAPS I ao CAPS III, CAPSad (Álcool e droga) e CAPSi (infantil) e sua ampliação.

Além da reafirmação ao processo de desinstitucionalização dos usuários de longa internação a 4ª Conferência requer uma política que viabilize a ação social e direitos humanos, além de fortalecimento de humanização do usuário de droga a fim de que não seja criminalizado.

A importância de garantir o acesso geral no processo das políticas de saúde mental e enfrentar a desigualdade inclui uma ação afirmativa que assegure a toda população, independente da raça, gênero, etnia, orientação sexual, população de rua, privação de liberdade e outros excluídos sociais.

Além disso, um dos principais objetivos dessa Conferência foi sobre o adequado tratamento sem que fossem violados direitos humanos, banindo ainda qualquer prática de tortura ou degradação do usuário, como contenções químicas, físicas, lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsioterapia (ECT) ou que constitua crueldade, cárcere e violência em qualquer grau.

Ocorre que, “esse movimento, que sempre foi de difíceis conquistas, mas de consistentes avanços, começa a sofrer ataques no final de 2016, em sintonia com as mudanças e os retrocessos na vida política brasileira” (PITTA; GULJOR, 2019).

A partir de 2016 com o impeachment da então presidente Dilma, entrada do seu vice, Michel Temer e, em 2018, eleito o presidente Jair Bolsonaro, provocou no país um intenso retrocesso, inclusive no que se refere à política de saúde mental.

De acordo com Passarinho (2022), utilizando um cenário político conservador com grande crise fiscal, desemprego e gestão incompetente, os representantes políticos da época romperam de forma abrupta através de um golpe político, uma herança construída pela centro-esquerda que havia contribuído para desenvolvimento e evolução, principalmente das políticas de saúde mental.

Utilizando-se de estratégias supostamente democráticas, a exemplo do impeachment, mas que, na verdade, mistificaram o caráter particularista do Estado, em favor de diferentes frações das classes dominantes, as quais envolveram não apenas a esfera econômica, mas, sobretudo, o âmbito político institucional, Temer assume a presidência do Brasil e empreende um programa de ajuste fiscal que já havia anunciado, desde outubro de 2015, no documento “Uma ponte para o futuro” (PMDB/FUNDAÇÃO ULISSES GUIMARÃES, 2015), “cuja essência consiste em garantir o pagamento dos juros da dívida pública aos bancos às custas dos gastos com educação, saúde e programas sociais do governo” (BRAGA, 2016, p.60).

Para Silva e Silva (2020), “sob o modelo de uma política neoliberal ortodoxa, que defende o preceito de que, o excesso de gastos públicos provoca uma crise na economia, caminhou o governo desde 2016”.

Nesse sentido, uma política neoliberal revive o modelo experimentado na década de 70 com um duro ajuste fiscal e redução da intervenção do estado na economia e políticas sociais e de saúde (SILVA; SILVA, 2020).

Diante disso, visando à redução de custos implementada por essa política neoliberal, o governo vem reduzindo e cortando gastos na saúde pública, o que promove inúmeras consequências à população, principalmente aqueles que dependem dos serviços de saúde mental.

De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2019), a edição de mais de 15 documentos normativos originou uma nota técnica também chamada de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, portaria nº 1.482, que define e fomenta a internação psiquiátrica que multiplica as camas de internação a valores mais elevados que os modelos anteriores e incentivando a internação psiquiátrica e a separação da política sobre álcool, drogas, dando ênfase em novos financiamentos de comunidade terapêuticas trazendo um antigo modelo à terapia asilar e proibicionista.

A crise política com esse novo governo após deposição de Dilma Rousseff, instituiu medida provisória e posterior emenda constitucional 95/2016¹⁸ que implica no congelamento de recursos destinados as políticas sociais e de saúde durante 20 anos, conforme Cruz et al (2019).

Para Cruz et al (2019), a nova política de saúde mental teve início com essa resolução 32/2017 com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) estabelecendo o escopo da RAPS.

Através da oficialização de medidas que suscitaram uma verdadeira involução da Rede de Atenção Psicossocial, “[...] leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018d) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (Brasil, 2019c), que indicam a revogação desta nova orientação governamental.” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019, p.3).

Ademais, em fevereiro de 2019 foi publicada a nota técnica que reuniu documentos publicados anteriormente compondo essa “nova política de saúde mental”, que, ainda com afirmações sobre fortalecimento da RAPs, na prática retrata um verdadeiro desmonte após 30 anos de luta antimanicomial.

Para Passarinho (2022), o documento retrata acerca da importância de um modelo de assistência plural com respeito às demandas do paciente buscando a inclusão dos usuários. Ocorre que, logo em seguida, o documento deixa claro que os asilos e CAPS estão em mesmo nível na RAPS, sob uma visão de que se complementam, bem como estímulo ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT), bastante utilizado no modelo manicomial.

Não é à toa que parte dos documentos foram retirados do site do Ministério da Saúde após intensa repercussão social negativa.

Nesse sentido, a resolução 32/2017 propõe que os leitos de hospitais psiquiátricos sejam mantidos, proibindo ainda o fechamento desses leitos e aumento dos valores pagos nas internações psiquiátricas. Essa portaria

18 Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros [...]ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias. As despesas ficam limitadas ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que viera substituí-lo. (BRASIL, 2016).

propõe também aumento de comunidades terapêuticas privadas para atender pacientes dependentes químicos e isso custará altos investimento (BATALHA; DOMINGUEZ, 2018).

As entidades que antes acolhiam os usuários de droga, eram financiados por grupos privados, filantropia e recebiam recursos do Ministério da Justiça, a partir da resolução 32/2017 passaram a ser financiadas pelo Ministério da Saúde.

A portaria 3.588/2017 alvitrou o aumento da internação dos hospitais psiquiátricos ampliando seus leitos de 15% para 20%, além disso, determinou ainda que, para que as instituições recebam verbas de custeio do serviço seria necessário ocupar 80% dos leitos de saúde mental. Todas as propostas foram realizadas junto com representantes do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira. Que incentiva a volta do conceito asilar e segregativo (SILVA; SILVA, 2020).

A partir dessa Resolução 32 e Portaria 3.588 do Ministério da Saúde, foram oficializados métodos que desconfigurariam as RAPS. Todas essas as mudanças retrocedem os anos de luta antimanicomial e impactaram nas políticas de álcool e drogas a “política nacional sobre drogas” através de uma abordagem punitiva e proibitiva, paradoxalmente contrário ao modelo implementado na 4ª Conferência de Saúde Mental.

São, na verdade, recursos que poderiam estar sendo destinados na ampliação da RAPS para atendimento das pessoas com transtorno mental e dependência química, mas que serão destinado ao terceiro setor, desresponsabilizando o Estado na condução e atenção ao tratamento das pessoas com dependência química, incentivando ainda mais o “isolamento” dessas pessoas, o que configura um retrocesso na política de saúde mental, ao colocar novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos e na ampliação do financiamento e na legitimação das Comunidades Terapêuticas. (ZANELA, 2019, p.47).

De acordo com Abrasme (2018) a Lei 10216/2001 prever que o internamento a curto prazo do paciente somente deve ocorrer em casos de crises agudas voltado à reabilitação psicossocial e liberdade do paciente, contudo, esse novo projeto terapêutico retrocede anos de luta da referida lei, com a banalização das internações de média e longa permanência.

Para Pitta (2019), a internação deve ser um recurso terapêutico apenas utilizado para casos patológicos extremos, em períodos breves, em unidades comunitárias de saúde mental ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, dando continuidade de cuidados em serviços que possam oferecer hospitalidade diuturna sem cronificar seus usuários. Inclusive por que as internações em hospitais psiquiátricos fechados é um procedimento que reforça internação a longo prazo ou

mesmo reinternações, além do alto custo que traz para o sistema de saúde, aumento do estigma social, isolamento e fragilização do paciente.

Os reflexos negativos com o incentivo da internação e separação da política de álcool e outra sobre droga e que atingirá também rede de atenção psicossocial, passou a uma abordagem religiosa, moral e punitiva e que se distanciará do Sistema Único de Saúde que é integrado ao Conselho Nacional de Saúde - SUS, organismo de controle social do SUS (2020).

O que se nota é essa nova onda política neoliberal e conservadora que permeia o país está medindo forças com grupos de movimentos sociais, profissionais da saúde que lutam para que se mantenha o que já foi conquistado até aqui.

É nesse contexto que o Conselho Nacional de Saúde (2020) entende que a política nacional de saúde mental corre risco de perder as maiores conquistas históricas que foram implementadas ao longo do tempo com as Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela Lei 10.216/2001 .

Os reflexos negativos com o incentivo da internação e separação da política de álcool e outra sobre droga e que atingirá também rede de atenção psicossocial passou a uma abordagem punitiva e que descentralizará o sistema de saúde que é integrado (Conselho Nacional de Saúde,2020).

Ao invés de haver um progresso nas políticas de saúde mental, pelo contrário, vivemos numa restrição democrática abstendo, que pessoas com transtorno mental bem como seus familiares, de direitos que são constitucionalmente previstos como a liberdade e igualdade na busca do bem-estar social.

Além disso, conforme anteriormente aludido, o lapso temporal sem a promoção de conferência nacional de saúde mental influencia negativamente sobre nesse declínio da nova política de saúde mental que não possui amparo nem sustentação. Tudo isso é um agravante que dá forças aos movimentos favoráveis ao modelo de padrão asilo-manicomial.

Em meio ao contexto de retrocesso da saúde mental, cabe a indagação abaixo extraída do texto de Cavalcanti.

Por que os hospícios fracassaram como lugar de cuidado e se tornaram locais de abandono? Seria a falta de tratamento eficiente ou de profissionais suficientemente dedicados às suas tarefas? Ou há algo da própria especificidade da psiquiatria que obriga a um cuidado mais singular e menos massificado? (CAVALCANTI, 2007, p.1).

Em meio ao caos do desgoverno Federal em razão do desmonte nas políticas de saúde mental no Brasil, contrário a isso, Salvador tem buscado caminho diferente. A partir de uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em julho de 2022 ocorrerá em Salvador a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental¹⁹ com a finalidade de elaborar propostas para fortalecer programas de Saúde Mental no âmbito municipal e Estadual. De acordo com Conselho Estadual de Saúde (2021), o regimento tem como tema central “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS e o fortalecimento e garantia das políticas públicas”.

Entretanto, apesar do governo do Estadual na Bahia caminhar sob o contexto de desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental, o governo Federal através do Ministério da Saúde nos últimos quatro anos vem adotando uma postura de descontinuidade do modelo psicossocial através da “nova política de saúde mental” designada pelo próprio órgão.

Cumprindo ainda mencionar recentíssima discussão que está ocorrendo neste ano de 2022 acerca de uma política de claro retrocesso, a luta antimanicomial, a portaria 596/2022. A referida norma revoga capítulos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 de 28 de setembro de 2017 e Portaria Consolidação de nº 6 de 28 de setembro de 2017²⁰ que trata de incentivos financeiros para os RAPS.

A revogação de capítulos que instituíam recursos financeiros ao programa de desinstitucionalização das Redes de Apoio Psicossocial retrata o dismantelo de anos de luta antimanicomial e descaso de um governo que deixou de lado o paciente com transtorno e toda comunidade usuária dos serviços de saúde mental que necessitam do SUS.

O que se nota nessa nova política atual é sua pretensão ao retrocesso após anos de luta, a volta àquele antigo modelo de atendimento manicomial que promove

19 Regimento da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental: Art. 1º - A 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental (5ª CESH), convocada pela Resolução CES nº 06 aprovada no Plenário do Conselho Estadual de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada em 11 de novembro de 2021, e pelo Decreto Governamental de Nº 20.991, publicada no Diário Oficial do dia 23 de dezembro de 2021, e detendo como objetivo propor diretrizes para a Política de Saúde Mental no Estado da Bahia e no território nacional.

20 Portaria de Consolidação nº 6 de setembro de 2017. Seção XII Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

exclusão da população e atendimento desumanizado dos manicômios ratificando a defesa à tortura.

Corroborando com o exposto, a seguir importante menção feita pelo senador Humberto Costa acerca dessa nova política que retrata o aniquilamento aos 30 anos de luta antimanicomial.

Temos acompanhando um conjunto de ações governamentais que vão de encontro às práticas antimanicomiais. Essa luta pela desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais é uma luta social, que vinha se afirmando a cada ano. Diversos governos de diferentes espectros adotaram as ações dessa política. A organização das Raps está sendo estruturada com apoio da sociedade, trabalhadores, gestores e até prestadores. O movimento de saúde mental preocupa-se com a Portaria 596/2022, que corta recursos das Raps, estimulando a volta a práticas manicomiais", critica o senador, que também é psiquiatra e foi relator na Câmara dos Deputados durante a votação da Lei Antimanicomial. (SENADO, 2022).

A redução nos recursos dos RAPS traz como consequências aumento das verbas para [...] se criar uma estrutura, novamente, voltada para o manicômio, para a lógica manicomial e, do outro lado, há uma diminuição na assistência dessas pessoas que ficam muito tempo institucionalizadas. Fora isso, há uma mitigação de mecanismos tendentes a erradicar a tortura. A gente tem aí um caldo pronto para um retrocesso (SENADO FEDERAL, 2022).

Ademais, o corte no financiamento para as RAPS são indubitavelmente uma forma de medida que ofende leis federais e nacionais, além de tratados e diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o retrocesso de direitos.

A partir desse desmonte das políticas de saúde mental, órgãos e conselhos federais profissionais têm manifestado publicamente repúdio à Nota Técnica nº 11/2019, se unido a fim de revogar portarias que colocam em risco anos de luta antimanicomial.

Diante das indagações supracitadas, nota-se que houve fracasso no modelo hospitalocêntrico anterior, tendo em vista a necessidade e implementação de novas políticas de saúde mental através do tratamento humanizado em que promoveu uma evidente e significativa melhora na saúde mental do paciente e seus familiares. Além disso, a medicina técnica, com uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos e que causavam sofrimento, foram substituídos por um tratamento com maior eficácia, através da prevenção e integração voltada ao modelo assistencial contribuindo para melhores condições de vida e bem-estar do paciente.

É fundamental que sejam discutidas as melhores formas para enfrentar os problemas que a saúde mental experimenta, tanto quanto à insuficiência dos recursos financeiros necessários para que haja investimento nas políticas de atenção psicossocial, bem como ao retrocesso atualmente experimentado em decorrência dos valores anômalos do quadro político.

É importante que os entes federativos, inclusive a União, assumam sua responsabilidade no financiamento no repasse de recursos da saúde para que sejam possíveis promoção e universalização da saúde mental, garantia à prevenção e tratamento da doença, conforme preceitos constitucionais, e não o seu retrocesso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, o presente trabalho possibilitou identificar e investigar todo o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como, a luta antimanicomial que resultou na mudança de antigos padrões asilares e quebra de paradigmas acerca da saúde mental. Então, a partir desses movimentos foi possível garantia e proteção, além de melhores condições de tratamento do indivíduo com transtorno mental e demais membros da comunidade, promovendo maior respeito, liberdade e autonomia.

Observa-se ainda, que os traços da Reforma Psiquiátrica já iniciava desde o século XVIII com o médico Phillipe Pinel que propôs as primeiras mudanças no tratamento dos manicômios, vedando a tortura, substituindo por um modelo que possibilitava ao paciente uma maior liberdade e dignidade.

Assim, a partir dos anos 1970 em um cenário propício de luta, inspirados por ideais reformadores, concomitante ao momento de redemocratização do país e Reforma Sanitária houve um grande apelo popular e de grupos da comunidade, profissionais de saúde, órgãos de classe sobre a busca de melhores condições de tratamento do paciente com transtorno mental, seus familiares e demais membros da comunidade.

Dessa forma, através de uma política pautada em um modelo de cuidado ao indivíduo com transtorno, notou-se a importância de um novo modelo de tratamento humanizado, diferente do asilar, livre de exclusão, culminando na Lei 10.216/2001 que promoveu um movimento de extinção a internação psiquiátrica, e que fosse utilizada tão somente em casos dos recursos extra-hospitalares forem insuficientes²¹.

Entretanto, corroborando com a referida lei, antes mesmo que fosse implementada e sancionada a Lei 10.2016/2010 em 1988, através da promulgação da Constituição Federal da República, foi possível formalizar a garantia de direitos da população a partir do SUS, estabelecendo o dever do estado, promoção da saúde e redução de risco a doenças de forma igualitária.

A Lei 10.216/2011 apenas ratificou sobre garantias e direito dos pacientes com transtorno mental e seus familiares, promovendo ainda sua reinserção à

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

comunidade através de um modelo assistencialista que lhes assegura direitos à liberdade e autonomia e melhor condução de um tratamento humanizado.

Corroborando com esse novo modelo, percebeu-se ainda a necessidade do desenvolvimento da justiça na inserção das políticas de saúde mental, acesso à comunidade e possibilidade de tratamento através da judicialização. Conforme disposto na Constituição Federal 1989, órgãos da justiça, como Ministério Público (MP), já teve uma ação no sentido de reconhecer e promover garantias de saúde mental a partir de interesses sociais e individuais na defesa da justiça e direitos do cidadão.

Na Bahia, o Ministério Público vem agindo a partir da judicialização através da reinserção das políticas de saúde, de acordo com necessidades da população, seja no tratamento do indivíduo com transtorno mental, seja em razão carência de medicação, além de ser um órgão fiscalizador e mediador das ações civis públicas.

O CNMP, por intermédio da sua recém-criada Comissão Extraordinária de Saúde (Resolução no 186/2018), realizou força-tarefa para a inspeção nacional de quarenta hospitais psiquiátricos, públicos e privados. Referida força-tarefa contou com a participação de vinte órgãos, entre MPs Estaduais (Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo); MPF; Ministério Público do Trabalho (MPT); Ministério dos Direitos Humanos (MDH) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). (IPEA, 2019, p.33).

Baseado nas políticas de saúde mental, a Bahia segue ainda um modelo pautado no modelo assistencialista conforme dispõe os dados da SESAB e Secretarias Municipais de Saúde, que vem implementando e adotando estratégias a fim de avançar o atendimento psicossocial, inclusive diante do crescimento exponencial dos CAPS. Excessão se faz na cidade de Salvador que não implantou nenhum novo serviço desde 2012.

A partir do estudo bibliográfico, pesquisa e leitura de leis e normas, além da observação prática em um CAPS na cidade de Salvador, em que considere novas propostas de políticas e financiamento, a atenção psicossocial declaradas recentemente pelo atual prefeito da cidade, nota-se ainda grandes necessidades e obstáculos ainda enfrentados pelo CAPS visitado, sobretudo, quanto ao retrocesso que o país vem atravessando a partir do ano de 2016.

Após anos de luta antimanicomial e tentativa de execrar os estigmas socialmente implantados aos indivíduos com transtorno mental e demais usuários

dos serviços de saúde, nos últimos anos com a mudança de governo após o impeachment de Dilma Rousseff houve uma drástica modificação nas políticas públicas de saúde mental.

Dando início a um governo conservador, a proposta de congelamento de verbas para investimento na saúde e educação ocorreu no governo do então vice-presidente Michel Temer, através da PEC 241 que se tornou posteriormente a Emenda Constitucional (EC) 95/2016.

Seguindo o retrocesso iniciado em 2016, um tema que vem ganhando destaque e discussão nos últimos tempos é a “Nova Política de Saúde Mental”. Essa nova política trata-se de notas técnicas, dentre elas a 11/2019 além da portaria 596/2022, que põe em risco a RAPS, haja vista a revogação de portarias anteriores que estabelecem procedimentos de reabilitação psicossocial, bem como de financiamento dos CAPS.

A Nota Técnica do Ministério da Saúde, representa divergência da Reforma Psiquiátrica Brasileira já que propõe o aumento dos leitos de internação psiquiátrica, já que sugere o hospital psiquiátrico como um serviço da rede de atenção psicossocial, motivando ainda aumento dos leitos.

Ademais, as medidas anunciadas caminham de forma contrária ao tratamento adequado ao indivíduo com transtorno, bem como ao que prevê a Lei 10216/2010 e Constituição Federal 1988, haja vista que, o possível retorno ao modelo asilar, além do uso de eletroconvulsoterapia e investimentos na internação do paciente, afasta-o do convívio social que, consoante evidenciado, é fundamental na evolução do tratamento e remissão da doença.

Em que pese o dever dos representantes políticos em assegurar e garantir preceitos constitucionais, sobretudo, a saúde mental da população, na realidade, o conteúdo desses novos documentos implementados diverge do modelo antimanicomial de investimento à atenção psicossocial.

Nesse momento é fundamental ainda memorar a população acerca do antigo modelo revolucionário da luta antimanicomial, que buscava melhores condições ao tratamento do paciente com transtorno mental, que ocorreu através da união popular, dos órgãos de classe, profissionais da saúde, bem como pacientes.

Assim, ao promover novas conferências e debates políticos sobre a saúde mental, a repercussão popular poderá direcionar a uma maior conscientização

coletiva acerca dos prejuízos aos usuários desse sistema provocados pelo desgoverno atual que gerou intenso retrocesso.

A esperança é que, mudanças políticas que se avizinham, possam fazer renascer políticas públicas que garantam direitos e dignidade humana aos que sofrem com transtornos mentais.

8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alexandre. NETO, Alfredo. **A pesquisa em psicanálise na universidade [recurso eletrônico]: um enfoque no método por meio de exemplos** São Paulo: EDUC, 2020. pg. 115 a recurso online: ebook.
- ALMEIDA, Celia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** Texto para discussão n.599, Brasília: Ipea. 1998.
- ALMEIDA, Filho et al. **Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil.** Revista de Enfermagem, vol. IV, núm. 4, enero-febrero, 2015, p.117-125 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- ALMEIDA, Flavio. CEZAR, Adieliton. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental.** IGT rede vol.13 no.24 Rio de Janeiro 2016.
- ALMEIDA, José. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cad. Saúde Pública 2019; 35(11): e00129519.
- ALMEIDA, Rita. **O SUS e a baixa ocupação de leitos psiquiátricos: prejuízo ou política bem-sucedida?** Centro de Estudos Fiocruz. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1103>>. Acesso em: 28 de outubro de 2021.
- ALVES, Domingos Sávio N. (2012). **Memória da Loucura.** Instituto Franco Basaglia (IFB). Acesso em: 08 de julho de 2021.
- AMARAL, Osvaldo Lopes. **Transtornos mentais.** Site Inef, 2021. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/Transtornos.html>>. Acesso em: 19 de agosto de 2021.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, formação e crítica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(4):941-943, abril 2008.
- AMARANTE, Paulo. **Loucura e Transformação Social.** 1ª Ed. Rio de Janeiro. Zagodoni. 2021.
- AMARANTE, Paulo. NUNES, Monica. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciênc. Saúde colet. 23 (6) Jun 2018.
- AMARANTE P 1994. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciências e Saúde: Manguinhos, I (1): 61-77.
- AMARANTE, P.D.C. **Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização.** In: **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p.65-106.
- ANDRADE, Sayonara. ALMEIDA, Larissa. SILVA, Sheyla. **Ofensiva Neoliberal Ortodoxa, ajuste fiscal e perda de direitos na realidade Brasileira.** Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.v. 16 n. 1 (2018).

ÁVILA, Heleni. NASCIMENTO, Jucileide. **As lutas contra a privatização da saúde na Bahia: É [...] a gente quer é ter muita saúde [...]**. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.35, ano 2021.

BARRETO, Anita. **Ulisses Pernambucano, educador**. Psicol. Cienc. prof. 12 (1) • 1992 • <https://doi.org/10.590/S1414-98931992000100003>.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. [Syn]Thesis, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.

BATALHA, E.; DOMINGUEZ, B. **Hospitais Psiquiátricos: nunca mais?** Revista Radis, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 184, p. 24, 2018.

BATISTA, Ricardo S. **De Baltimore às “Lavras Diamantinas”**: internacionalização/interiorização da saúde na Bahia (1920-1930). Editora: Tempo. Niterói. Vol. 26 n. 2 Maio/Ago. 2020.

BATISTA, Ricardo S. **Sifilis e Reforma da Saúde na Bahia (1920 -1945)**. Editora Scielo EDUNEB, 2017.

BRAGA, Laíra. A. JUNIOR, Renan.C.S.O **Processo de Consolidação do CAPS do Brasil e as Articulações com a Reforma Psiquiátrica**. Ayvu: Revista de Psicologia, v. 06, 2019.

BRAGA, José C.S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.

BRAGA, R. O fim do lulismo. In: _____. **Porque gritamos golpe?: para entender o impeachment e as crise**. São Paulo: Boitempo, 2016.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil] 6 de abril de 2001.

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

Brasil. Conselho Estadual de Saúde. Regimento da 5º Conferencia Estadual de

Saúde Mental. Disponível em: <<http://www5.saude.ba.gov.br/portales/REGIMENTO%205%20CESM.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

CARDOSO, Daiane. Et al., **A psicologia e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Revista Técnico Científica do IFSC. Santa Catarina, 2013, 2º Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do Sul Catarinense – SICT-Sul, pg. 112 – 119.

CASTRO, Carmem, Et al. **Políticas públicas em saúde mental: abordagens e desafios** Belo Horizonte: EdUEMG, 2013. p.324.

CAVALCANTI, Maria. **A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):1962-1963, set, 2008.

COGGIOLA, Osvaldo. Novamente, a Revolução Francesa. Projeto História, São Paulo, n. 47, pp. 281-322, Ago. 2013

CORDONI, Júnior L. **Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Cronologia Histórica da Saúde Pública. Site do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 31 de agosto de 2021.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Direito Constitucional**. 5a ed. rev., ampl. e atual., Salvador: Editora JusPodivm, 2011. ISBN 978-85-7761-377-9.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 2. ed. Salvador: Juspodivm, 2008. p. 573.

CUNHA JUNIOR, Dirley. Jusbrasil. **Efetividade dos Direitos Sociais e a reserva do possível**. Disponível em:<<https://dirleydacunhajunior.jusbrasil.com.br/artigos/407399082/efetividade-dos-direitos-sociais-e-a-reserva-do-possivel>>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2022.

DELGADO, Paulo. **Humanismo, ciência e democracia: os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico**. Cad. Bras. Saúde. Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009.

DELGADO, Paulo. **Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado**. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V. 44, N. ESPECIAL 3, P. 21-28, outubro de 2020.

DEVERA, Disete. ROSA, Abílio. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira**: Transformações na legislação, na ideologia e na praxis. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

FACCHINETTIL, Cristiana. **Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental**. Psicopat. Fund. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, setembro 2008.

FALCÃO, Márcio. **História direitos humanos, 60 anos depois**. Site Ipea. Disponível em: <
https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=1222:reportagens-materias&Itemid=39>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

FIGUEIREDO, Mariana. Et al. **Entre Loucos e Manicômios**: História da loucura e da reforma psiquiátrica no Brasil. Ciências humanas e sociais. Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, novembro 2014.

FOUCAULT M. **A constituição histórica da doença mental**. In *Doença mental e Psicologia*. Tempo Brasileiro, 1975, Rio de Janeiro.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura** na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978. Página 11.

GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**.

GOMES, Tahiana. **Reforma Psiquiátrica e formação sócio histórica brasileira: elementos para o debate**. Argum. Vitória, v. 10, n.3, p. 24-34, set./dez. 2018.

História das Santas Casas, CMB, 2016. Disponível em: <
<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>> . Acesso em: 15 de novembro de 2021.

História das Santas Casas, SCMP, 2016. Disponível em: <
<http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>> . Acesso em: 15 de novembro de 2021.

HAMILTON, W. e FONSECA, C.: **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional**: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10(3): 791-825, set.-dez. 2003.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. Revista ciência e saúde coletiva, 2009, n. 1, v. 14, p. 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930). Estudos Históricos (Rio de Janeiro). v.6, n. 11, p. 40-46, 1993.

JUNIOR, Aylton. JUNIOR, Luiz. **Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

JUNIOR, Marcos. Moreira, Almerinda. Rocha, Bruno. **Biografia de João Carlos Teixeira Brandão: de alienista a diretor da 1ª Escola de Enfermagem do Brasil.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.5 n.1 Ribeirão Preto fev. 2009.

Kantorski LP, Cardano M, Antonacci MH, Guedes AC. **Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia.** J. nurs. health. 2021;11(2): e21112120766.

KNOKE, Maria. **Trabalho em saúde mental nos centros de atenção psicossocial de Salvador: Processo Laboral e a saúde dos Trabalhadores.** Dissertação de Mestrado. Salvador, 2011.

MACHADO, Sérgio. **Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas.** Revista Agora, Rio de Janeiro, v. XII n. 2 jul/dez 2009 217-228.

MELO, Walter. **Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações.** Mnemosine Vol.5, nº2, 2009, p. 30-52.

MELQUIADES DUARTE, L. G. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde.** Belo Horizonte: Forum, 2011. v. 1. p.392.

MILIAUSKAS, Claudia R.; FAUS, Daniela P.; JUNKES, Larissa; RODRIGUES, Rahiza B; JUGER, Washington. **Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil.** Ciênc. Saúde colet. 24 (5) 30 maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memória da Loucura.**Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília, volume I, 1ª Edição, pg. 11, 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015.** Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental será de 17 a 20 de maio de 2022. Conselho de Saúde. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1552-5-conferencia-nacional-de-saude-mental-sera-de-17-a-20-de-maio-de-2022>>. Acesso em: 23 de novembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Abrasme. I Conferencia Nacional de Saúde Mental. Disponível em: < https://drive.google.com/file/d/1MDDoWccHu3DbTPA6pDIzpU_I-gW4cbrv/view >. Acesso em: 10 de dezembro de 2021.

Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> > Acesso em: 28 de outubro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15**

anos depois de Caracas. Brasília nov 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 28 de outubro de 2021.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. **A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989)**. Tese (doutorado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 2011.

IPEA. **Entre Judicialização e Juridicização: Por um Ministério Público resolutivo nas políticas públicas de saúde mental**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990-

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. **Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência**. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online, 2014, n. 1, v. 6, p 132-140. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1747/pdf_1078. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

NASCIMENTO, Eliana Brito. **A dimensão ético política da reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador. Salvador, p 247. 2019.

NETTO, Menelick. **Uma reflexão constitucional acerca dos direitos fundamentais do portador de transtorno mental em conflito com a lei**. Veredas do Direito. Disponível em: ?<revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/102/0>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, Carla. **O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental**. 16º Encontro Nacional Abrapso. Nov. 2011.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira: Contribuição para uma compreensão crítica**. 2007. Tese de doutorado. Pós-graduação em Saúde Coletiva. UFBA. Salvador, setembro de 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6419/1/PAIM%20JS.%20Texto%20CEBES.pdf>>. Acesso em 09 de fevereiro de 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PASSARINHO, Jose. **Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial**. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado Rio de Janeiro. 1o Semestre de 2022 - n. 49, v. 20, p. 65 – 80.

PEREIRA, João. **Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política.** Mulher, mulheres • Estud. av. 17 (49). Dez 2003.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994

PITTA, Ana M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. Saúde coletiva 16 (12). Dez 2011.

PITTA, Ana. Guljor, Ana. **A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil:** Um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. Cadernos do CEAS, Salvador/Recife, n. 246, p. 6-14, jan./abr., 2019.

Política de saúde mental será tema de conferência estadual. Site Bahia. Disponível em: <<https://www.bahia.ba.gov.br/2022/04/area-de-imprensa/audios/politica-de-saude-mental-sera-tema-de-conferencia-estadual/>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

Políticas de Atenção a Saúde. Site Correio da Bahia Disponível em <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/salvador-tera-politicas-especificas-de-atencao-a-saude-mental/>>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

RAMMINGER, Tatiana. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental:** um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

ROTELLI F, Leonardis O, MAURI D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.

SANTOS, Luiz A. **As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República.** Scielo. Dados 41 (3) • 1998 • <https://doi.org/10.1590/S0011-52581998000300004>.

SANTOS, Lenir; TERRAZ, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil.** Campinas: Saberes, 2014. p. 25-57.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025** / Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. p.349.

SESAB. **Rede de atenção Psicossocial.** Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/>>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

SESAB. **Centro de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&ufs=29&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Bahia&qt=417%20munic%C3%ADpio s&pop=15203934&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=27> Acesso em: 15 de maio de 2022.

SENADO NOTÍCIAS. **Luta antimanicomial volta a ser debatida na CDH nesta segunda.** Disponível em: <

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/04/13/luta-antimanicomial-volta-a-ser-debatida-na-cdh-nesta-segunda> . Acesso em: 22 de abril de 2022.

SENADO NOTÍCIAS. **Retrocesso na luta contra os manicômios é criticado na CDH.** Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/04/18/debatedores-dizem-na-cdh-que-portaria-do-ms-e-retrocesso-na-luta-antimanicomial>>. Acesso em 22 de abril de 2022.

SILVA, Alessandra. SILVA, Berenice. **A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro.** SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 23, N.1, p.99-119, JUL./SET. 2020.

SILVA, Mônica. **Políticas públicas em saúde mental: abordagens e desafios.** Histórico da saúde mental no Brasil até o governo atual– Belo Horizonte: EdUEMG, 2013. Pg. 18-55.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010 p.210.

SERAPIONI, Mauro. Franco **Basaglia: biografia de um revolucionário.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169-1187.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TORRE, Eduardo. **A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL.** |Dissertação Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 192 páginas. 2004.

TOURINHO, Demetrio C. **Breves considerações sobre a fundação do Asilo de alienados, na Quinta da Boa Vista**, denominado S. João de Deus. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, 6(122):23-7, ago. 1872; 69(123):40-5, set. 1872.

VAITSMAN, J. **Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde.** In: **TEIXEIRA, S. (Org.).** Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 139-156.

VENANCIO, Teresa. **As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações.** Estudos Huujricos. Rio de Janeiro. n^o 36, julho-dezembro de 2005, p. 59-73.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. SILVA, Rosane. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicol. rev. (Belo Horizonte) v.14 n.1 Belo Horizonte jun. 2008.

ZANELLA, Fernanda Meneghim **Direitos Humanos e Saúde mental: um debate necessário**. 2019. 57 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso nível *scrito sensu* Direitos Humanos na América Latina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

ZIZLER, Rosangela. **Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil**. jus.com.br, 2018. Disponível em < Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.

8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Site do Ministério da Saúde, 2019. Disponível em < <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> . Acesso em: 02 de setembro de 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEIS E PORTARIAS

BRASIL. Emenda Constitucional de nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

BRASIL. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Portaria nº 336,19 de fevereiro de 2002 O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais; Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido,

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

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1.055, DE 17 DE MAIO DE 2006 Institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. (Usuário de droga).

BRASIL. Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

BRASIL. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

BRASIL. Portaria nº 148 DE 31 de janeiro de 2012. DEFINE as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL. Portaria nº 2.840 DE 29 de dezembro de 2014 Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

BRASIL. Emenda Constitucional de nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria de nº 3588 de 21 de dezembro de 2017 Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Resolução de nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

BRASÍLIA. Supremo Tribunal Federal. ADPF 45. Sobre a reserva do possível. Informativo/STF nº 345/2004. Disponível em: <
<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=5264763>>
Acesso em: 18 de fevereiro de 2022.