



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

CAMILLA SOUZA E SILVA

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: LIMITES E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso
elaborado por Camilla Souza e
Silva, como requisito parcial para
obtenção de grau de Bacharela
em Serviço Social, no Curso de
Serviço Social da Universidade
Federal de Juiz de Fora

Orientadora: Prof. Dr^a. Marina
Monteiro de Castro e Castro.

JUIZ DE FORA

2019

CAMILLA SOUZA E SILVA

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: LIMITES E POSSIBILIDADES**

JUIZ DE FORA

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza e Silva, Camilla .

Ambulatório de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial: Limites e Possibilidades / Camilla Souza e Silva. -- 2019.
65 p.

Orientador: Marina Monteiro de Castro e Castro
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2019.

1. ANÁLISE SOBRE A TRAJETÓRIA DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. 2. OS DESDOBRAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL NO SÉCULO XXI. 3. REFLEXÕES SOBRE O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. I. Monteiro de Castro e Castro, Marina, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA



Camilla Souza e Silva

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: LIMITES E
POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Marina Monteiro de Castro e Castro

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em , por banca composta pelos seguintes membros:

Dr^a. Marina Monteiro de Castro Castro – Orientador(a)

Dr^a Sabrina Pereira Paiva

Dr^a Marco José de Oliveira Duarte

Nota: 80

Juiz de Fora
DEZEMBRO DE 2019

“O que melhora atendimento é o contato efetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é alegria, o que cura é a falta de preconceito”.
(Nise da Silveira)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me fortalecido durante toda essa jornada. A meu pai que esteve todo tempo me apoiando e auxiliando em tudo que fosse necessário. A minha madrastra Adriana, por toda sua compreensão. A minha avó Iolanda (in memoriam) que sempre foi meu porto seguro, mãe, melhor amiga e protetora, tudo que me tornei devo a ela. A minha mãe Eneida (in memoriam) que sempre foi inspiração para que eu me tornasse melhor, apesar de não ter tido a oportunidade de me acompanhar, esteve presente no meu coração. Aos meus irmãos Lerry, Abner, Marcus e João Vitor que foram meus alicerces para que eu não desistisse. Meus sobrinhos Pedro, Gustavo e Lavinya, por sempre demonstrar amor, mesmo quando a correria dos estudos me impossibilitou de ser tão presente. Minha cunhada Amanda por saber que sempre podia contar com ela. As minhas primas, tios e tias que sempre se fizeram presente. A todos meus amigos que estiveram ao meu lado me motivando. Aos meus alunos do seminário de religião, por me proporcionar alegria depois de um dia cansativo de estudos. As minhas amigas da faculdade Isabella, Millainy, Marcela, Larissa e Vanessa que não tenho palavras para descrever o quanto eles foram essenciais nessa caminhada, sempre que precisei elas estavam do meu lado, foram momentos de alegrias e dificuldades que fortaleceram nossos elos de amizade que vão além da faculdade. A Professora Sabrina, por quem eu tenho um carinho muito especial, por aceitar fazer parte da banca. A minha supervisora de estágio e orientadora Marina, pelo compromisso que teve com minha formação; seu carinho, comprometimento, paciência, dedicação, incentivo e alegria com minhas conquistas e amadurecimento fizeram toda diferença. As minhas supervisoras de campo de estágio, Mariana, Joselaine e Poliana que contribuíram para o meu crescimento profissional. A Carolina Campos minha companheira de estágio, que com seu jeito doce tornou meus dias mais leves. A todos profissionais do CAPS/HU, em especial minha supervisora Sanye, que me apresentou a saúde mental de uma maneira tão simples e que cada dia me ensinava uma coisa nova. As amigadas que lá encontrei. A Paolla, que através do Jornal CAPS, nos aproximamos e tornamos amigas. A Clara que me fez sentir bem-

vinda e me incluiu em todas as atividades. A Danielle que foi minha grande parceira e tornou meus dias mais alegres. Os usuários, que me fizeram apaixonar pela saúde mental, perder o estigma sobre a loucura e entender o quanto é essencial o tratamento em liberdade e seguir na luta por uma sociedade sem manicômios. Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMENT - Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CONAD - Conselho Nacional de Política de Drogas

CT - Comunidades Terapêuticas

ECT – Eletroconvulsoterapia

HU - Hospital Universitário

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PT - Partido dos Trabalhadores

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de danos

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1. ANÁLISE SOBRE A TRAJETÓRIA DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL.....	12
1.1 OS DESDOBRAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL NO SÉCULO XXI.....	27
CAPÍTULO 2. REFLEXÕES SOBRE O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	50
2.1 AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: VISÃO DOS PROFISSIONAIS....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, é requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Esse trabalho de conclusão de curso (TCC) surge a partir da inserção da autora, como bolsista no projeto de treinamento profissional – “Grupo de Famílias: Integrando usuários e o CAPS/HU”, equipamento da rede de saúde mental que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Juiz de Fora.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições criadas e legitimados pela portaria número 224 de 1992 ,depois pela 336 de 2002, que instituiu os CAPS, reflexo da Lei 10.216/2001, essa última conhecida como Lei Paulo Delgado de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O CAPS representa a concretização do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, este que propunha a “desinstitucionalização” dos indivíduos com transtorno mental dos hospitais.

Essa imersão no trabalho profissional na saúde mental me fez ter contato com o serviço ofertado pelo CAPS/HU. Este tem especificidade de estar vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora e por desenvolver atendimento ambulatorial, para fins de formação de residentes em Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Esta relação me despertou algumas inquietações que me motivou a querer compreender e analisar o funcionamento do ambulatório e CAPS no mesmo espaço físico, e entender se, de fato, tais processos se relacionam com o cumprimento da lei da Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, este trabalho tinha como objetivo analisar os limites e possibilidades do serviço de saúde mental do Hospital Universitário (HU) da UFJF que envolvem o CAPS e o ambulatório. No entanto, não foi possível continuar com essa linha de pesquisa, pois houve uma lacuna, não foi localizada nenhuma documentação que registrasse a criação do CAPS e sua relação com o ambulatório. Foi realizado ainda conversas com sujeitos-chaves com intuito de levantar esse histórico, mas esses não souberam

relatar esse processo.

Desta forma, optei por analisar como ocorre a vinculação da rede ambulatorial de Saúde Mental à RAPS, com vistas a levantar suas aproximações e afastamentos aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Para tal, realizei uma revisão bibliográfica através de pesquisa na base de dados da Scielo, com as palavras chave: Ambulatório e Saúde Mental. No levantamento bibliográfico também encontrei dificuldades de amplitude da pesquisa, tendo localizado os textos no período de 2008 adiante, em vista discutir como o tema vem se desenvolvendo na atualidade.

Os textos selecionados foram os seguintes: “ O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária”, das autoras Damous e Erlich publicado na Physis Revista de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro de 2017, o artigo original de Paiano, Matftum, Haddad, Marcon (2016); “A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental”, foi localizada ainda na nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que traz esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas da Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017.

Realizei a análise destas bibliografias a partir do exposto por Minayo (1992). Desta forma, foram levantadas problematizações sobre o lugar dos ambulatórios na RAPS, se fez necessário também refletir um pouco sobre as finalidades, estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e responder as questões formuladas, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

Assim este TCC foi organizado em dois capítulos, no primeiro capítulo intitulado “Análise sobre a trajetória da saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil”. Fiz um breve recorte de como era tratada a loucura no Brasil, baseando em alguns autores como Amarante, Bisneto, Bravo e outros que descrevem como esse processo aconteceu, enfatizando as leis e governo de cada período, seus avanços e

retrocessos, relatando os desdobramentos da reforma psiquiátrica até os dias de hoje.

Já no segundo capítulo “Reflexões sobre o ambulatório de Saúde Mental na rede de Atenção”. foi abordado o papel dos ambulatórios, como funcionava e a perspectiva da clínica, enfatizando seu lugar e função na saúde mental. Observamos que pode se incorrer a alguns riscos de afastamento da perspectiva da reforma psiquiátrica quando sua ação é voltada na medicalização e patologização e seus benefícios quando se tem uma ação centralizada nas diretrizes da reforma psiquiátrica.

Para compreender melhor como o ambulatório funciona na visão dos profissionais foi feita uma revisão utilizando mais três estudos no 2.2 “Ambulatório de saúde mental visão dos profissionais, sendo eles: “O ambulatório de Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN” de Santos, Oliveira, Iamamoto (2009) publicado em Psicol. Argum, Curitiba 2009; “ Ambulatório de Saúde Mental: Fragilidades apontadas por profissionais; No artigo original de Yasui, Costa – Rosa (2008) e “Profissionais de ambulatórios de Saúde Mental: Perfil, práticas e opiniões sobre as políticas” de Garla, Furegato, Santos (2010) no Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis 2010. Sendo de grande valia e enriquecedor para esse debate, pois trouxe reflexões sobre o papel fundamental que o profissional na área da saúde exerce, as fragilidades que se encontra na real função dos ambulatórios dentro da saúde mental e sua efetividade em relação aos cuidados.

Durante a pesquisa foi possível analisar os avanços e retrocessos que ocorrem ao longo dos anos na Política de saúde mental Brasileira. O avanço que a Lei 10.216/2011 representa para essa política e a importância do CAPS no tratamento. No entanto, o processo de Reforma Psiquiátrica é longo e ainda ocorre na atualidade. A análise sobre o ambulatório foi de grande valia para entender o seu papel na saúde mental, já que está sendo proposto como novo aparato da RAPS.

A realização deste TCC foi de grande valia pois, aumentou minha compreensão acerca da reforma psiquiátrica e da Política de saúde mental.

Analisando como foi se desenvolvendo pude perceber avanços e retrocessos, pude fazer uma reflexão sobre novas políticas que estão sendo propostas na atualidade e compreender o papel do ambulatório na saúde mental. Sendo esta última uma questão que me trazia bastante inquietação, mas que através do estudo aumentou meu conhecimento e sanou dúvidas, como se de fato tais processos se relacionam com o cumprimento da lei da reforma psiquiátrica e se realmente tem se desenvolvido de maneira eficaz.

CAPÍTULO 1: ANÁLISE SOBRE A TRAJETÓRIA DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Paulo Amarante organização do livro “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica”, defende que “A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. A ordem psiquiátrica é ofertada como paradigma de uma organização modelar” (AMARANTE, p.74, 1994), que procura tratar pela via médica e disciplinar, o que historicamente foi mostrado não ser uma questão tida como padrão.

No Brasil, é a partir da chegada da Família Real no início do século XX, que a loucura vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado. Esse período foi marcado por mudanças sociais e econômicas, exigindo-se assim medidas eficazes de controle social (AMARANTE, 1994).

Com o desenvolvimento da industrialização ocorre uma série de adversidades na sociedade. Tamanhas eram as desigualdades que se tornou insustentável para o Estado se manter inerte diante delas, principalmente no que se diz respeito ao âmbito trabalhista, pois, neste período se tem um agravamento da questão social e um aprofundamento das desigualdades sociais que se manifestava nas mais variadas formas

de pobreza, miséria, desemprego e exclusão social.

A Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1999, p.27).

No início do século a população operária se constituía em sua maioria por imigrantes, era marginalizada socialmente e vivia em condições angustiantes e precárias. Amontoavam-se em bairros insalubres juntos as aglomerações industriais, em casas infectadas, sendo muito frequente a carência ou mesmo falta absoluta de água, de luz e esgoto (IAMAMOTO, 1982). Esses se encontravam desde os ditos marginais, miseráveis, degenerados, índios, negros e os trabalhadores camponeses, desempregados. Eram considerados “loucos”, porque para ordem pública de alguma forma eram perigosos. (AMARANTE, 1994).

Essa concepção nos mostra os estigmas que são estabelecidos socialmente e que impactam na camada mais pobre da população. Muitos desses sofrem as consequências de uma sociedade desigual, que não lhes proporciona o mínimo para sua subsistência, e que também não tem seus direitos garantidos, vivendo assim em situação de extrema pobreza.

Importante destacar que em 1830, no Rio de Janeiro, uma comissão da Sociedade de Medicina realiza um diagnóstico dos “loucos” na cidade. Os “loucos” passam a ser colocados em um local próprio, para seu tratamento e reclusão. Anteriormente, os lugares das pessoas diagnosticadas como “loucas” eram as ruas, prisões, asilos de mendigos, casa de correção, nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Mais à frente, passou-se a ser o hospício. Além disso, era raríssimo que estes estivessem submetidos a tratamentos em hospitais públicos e enfermarias com o restante da população.

A psiquiatria coloca-se em defesa do Estado, por meio da Liga

Brasileira de Higiene Mental, proporcionando uma ação rigorosa de controle social e reivindicando para si um poder de intervenção, não se limitando em fomentar modelos e ideias de comportamento individual, mas tendo em vista a construção de um padrão social. No entanto, o asilo passa a contar como uma nova ideologia que o fortalece: a ideologia eugenista – a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana, asséptica e de “normalidade” (AMARANTE, 1994).

Nos anos 30, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiológico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia, ou o descabido empirismo. (AMARANTE, 1994, p. 78).

As reformas nos serviços de saúde e a criação de uma multiplicidade de agências e de novas unidades de serviços contribuíram para a constituição de uma Política Nacional de Saúde. Esta não só incorporava vários serviços de combate a endemias, mas também o controle da formação de técnicos em saúde pública, tendo como resultado dessa reforma a criação da estrutura básica que constituiu em 1953 o Ministério da Saúde.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se por um lado evidencia mais uma vez a importância relativa da Saúde Pública na política estatal da saúde, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado brasileiro. Com efeito, na partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor de saúde a menor parte: a fração menor do orçamento, designação de apenas 1/3 do imposto sobre Educação e Saúde etc. (BRAGA; PAULA, 1981, p.57).

Com essas mudanças, o processo de “psiquiatrização”, na década de 1950, se fortalece com o aparecimento de medicamentos inibidores das funções psicomotoras, como é o caso da excitação e da agitação. Em contrapartida, a utilização de medicamentos trouxe um lado negativo, tendo em vista que a postura no uso desses pelos psiquiatras nem sempre era feita de maneira adequada, muitas vezes era por pressão mercadológica, por falta de conhecimento dos fatos, ou ainda, com intuito

de repressão à violência, com o objetivo de tornar a internação mais tolerável e os “loucos” mais dóceis (no caso dos manicômios).

E a bem verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir nos clientes, principalmente no que tange a assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização (AMARANTE, 1994, p.79).

Este processo sofre impactos da Segunda Guerra Mundial, que gera rebatimentos nas vidas de diversas famílias – psicológicos, sociais, econômicos etc. Tendo em vista que muitas dessas são desfeitas, pois os homens (maior parte chefes de família) foram convocados para a Guerra, sendo submetidos a cenários de violência extrema, como tiros, transporte de defuntos, aniquilamento, acarretando assim um estresse pós-traumático e um desequilíbrio emocional, tanto pra quem estava na guerra, como para os familiares que ficaram.

Em decorrência destes fatos, surgem várias experiências de Reformas Psiquiátricas, sendo elas, as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, anti-psiquiatria e psiquiatria democrática, todas elas influenciaram a do Brasil. As experiências no Brasil acontecem de forma marginalizada, à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos (AMARANTE, 1994).

A questão “saúde” passa a ser vista na perspectiva da totalidade, analisando-se a intervenção do Estado no setor através da política de saúde, e sua relação com a organização da sociedade civil. Os antecedentes da distensão política são os principais determinantes para a instauração do modelo autoritário implantado no país a partir de 1964. A instauração da Ditadura Militar expressou a derrota das forças democráticas, impossibilitando uma alternativa de desenvolvimento político, social e econômico, via reformas de base, nacionais e democráticas, capaz de remover o fio condutor da formação social brasileira (BRAVO, 2011).

A autora ressalta que Segundo Florestan Fernandes (1986) a Ditadura foi um meio usado para impedir que a revolução nacional e democrática, em uma perspectiva burguesa, interferisse negativamente na eclosão do capitalismo monopolista. Para Netto (1989), a Ditadura Militar expressou a heteronímia, as soluções “pelo alto”, com o enrijecimento do papel do Estado que, privilegiando o grande capital, situou-se como um espaço preferencial para o trânsito e o confronto dos interesses sociais, no seu elemento de continuidade, o resgate das piores tradições da sociedade brasileira.

Entra em contradição o padrão de acumulação com os anseios democráticos, populares e nacionais. A burguesia tinha como alternativas assegurar o desenvolvimento proposto, sendo eles contrários com projetos das classes não- burguesas na luta pela direção da sociedade ou em contrapartida garantir a hegemonia pela força, autoritarismo e a dependência internacional, sendo esta solução escolhida.

A Ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação à sociedade civil de forma abrupta e profunda. Houve um desenvolvimento de um estado estrangeiro e inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade sob controle e exploração. Baniu a débil representação da classe trabalhadora (em especial, dos operários urbanos e rurais, e dos camponeses) de todas as esferas do aparelho estatal, representação conquistada nas décadas anteriores. (BRAVO, 2011, p.56)

Quem conseguiu amplo espaço de decisões e conversões nas esferas federais, foram os comerciantes, empresários, os grandes banqueiros, latifundiários nacionais e estrangeiros. Tornou-se um Estado repressivo, opressivo e despótico. Foram utilizadas várias medidas referentes à política assistencial, sendo elas o processo de unificação das instituições previdenciárias, sendo uma importante fonte de captação de recursos para investimento na área econômica, com a tentativa de resolver a contradição entre a tendência abrangente de concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização. Essas medidas foram desenvolvidas com o objetivo de privilegiar o setor privado, trata-se, portanto, de uma reorientação das

relações entre Estado e classe trabalhadora (BRAVO, 2011).

Durante o regime militar foram realizadas ações que influenciaram a forma de organização do sistema de saúde, abrangendo também o campo de assistência psiquiátrica. No que se refere a crescente privatização da rede hospitalar privada houve um aumento considerável da população internada.

Neste cenário de privatização da psiquiatria, a doença mental é transformada em uma mercadoria, ou seja, objeto de lucro. O Estado começava a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, num contexto de privatização de grande parte da economia. No setor da saúde, o ente estatal conciliava pressões sociais com o interesse de lucro dos empresários. Em consequência, ocorreu um enorme crescimento do número de vagas e de internações em hospitais privados. Isso acontece pelo fato de que a Previdência Social aplicava grande parte de recursos da saúde mental em internação na rede hospitalar (AMARANTE, 1994).

Por existir uma grande resistência construída pelos empresários e suas representações no aparelho estatal, e a dificuldade de encontrar ideia de superação de asilos de maneira apropriada, as propostas que procuravam o estabelecimento de formas diferentes de tratamento para as doenças mentais de caráter não manicomial, se deparavam com verdadeiros obstáculos.

Desta forma, a assistência psiquiátrica da década de 1970 se caracterizava pelas longas internações em grandes asilos, com pouca ou nenhuma perspectiva terapêutica e péssimas condições de vida. As iniciativas para modificação desse quadro, como por exemplo a criação de ambulatorios na rede pública, mostram-se pouco eficientes para enfrentar o gigantesco parque manicomial erguido então, e ao contrário, terminavam por fortalecer o próprio sistema existente (PEREIRA, 2004, p.90).

A segunda metade da década de 1970, após a instauração do Golpe Civil Militar em 1964, foi marcada por um retraído início de redemocratização do país. Havia também um crescimento dos movimentos sociais de oposição à ditadura, que levou a criação de estratégias por parte do governo para

manter-se no controle, buscando assim a manutenção de poder e equilíbrio. Para isso, iniciou-se um processo de abertura, com medidas que representavam um retrocesso no sentido democrático, entretanto, outras representavam um avanço (PEREIRA, 2004).

De acordo com Bravo (2011) enquanto estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático, essa distensão política foi contraditória, deixando clara a dialética entre as demandas de democratização da sociedade civil e a necessidade de tornar constitucional o aparelho montado durante o período da Ditadura Militar, com o intuito de garantir a continuidade do regime e do modelo econômico excludente.

A crise do “milagre econômico brasileiro”, que se evidenciou a partir de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado as categorias profissionais dos estratos médicos; os trabalhadores rurais; uma parcela da Igreja se posicionou em favor da classe trabalhadora, e entidades da sociedade civil, bem como os movimentos sociais urbanos. (BRAVO, 2011, p.63).

O Estado burocrático-autoritário precisou se recriar, dando início a uma liberação em que a reativação da política foi essencial para a estratégia do regime, sem alterar substancialmente o modelo, diante de algumas situações identificadas no período. Sendo essas, o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, e a recessão da economia, que elevou a situação de desemprego e o processo de pauperização da classe trabalhadora, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas (BRAVO, 2011).

No período de 1974, ganhou mais força a expressão concreta do inconformismo da sociedade civil, a insatisfação com o regime militar e a aglutinação de estudantes, professores e pesquisadores para análise da situação brasileira e a realização de comícios e manifestações com as seguintes bandeiras: à volta ao estado de direito, a instalação da Assembleia Nacional Constituinte e a anistia, um dos movimentos políticos mais destacados desse período, com a finalidade de lutar pela liberdade dos presos políticos e o retorno dos exilados e cassados (BRAVO, 2011).

A ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição contribuíram para o fortalecimento da sociedade civil e para ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos da cidadania. Esse período é considerado como o momento derradeiro da Ditadura (BRAVO, 2011).

A questão da saúde está muito relacionada às modificações ocorridas na política social, tendo em vista que a crise econômica e a deslegitimação do regime obrigou o governo a realizar algumas modificações na área da saúde, que ainda assim não romperam com o modelo adotado no pós-64, visto que continuou a privilegiar os interesses empresariais.

A situação econômica das camadas médias urbanas se deteriorou a tal ponto que as bases que apoiavam o governo se reduziram significativamente. A perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associada a um processo de migração intensa e urbanização desordenada, rebaixaram as condições de vida das populações urbanas a um tal nível que houve um aumento da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite. O quadro era de crise sanitária, mas dois grandes problemas políticos precisavam ser contornados: as defecções no seio da classe dominante e a diminuição das tensões sociais entre Estado e classe trabalhadora (BRAVO, 2011, p.71).

No período de 1974 a 1979, as reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões através do ressurgimento dos

movimentos sociais. Alguns profissionais de saúde enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, e que congregavam com os interesses do setor privado. Só então, a partir do ano de 1979 ocorre a estratégia dos sanitaristas, com a penetração, de forma orgânica, no aparelho estatal pela defesa do setor público. (BRAVO, 2011).

É importante ressaltar que nesse mesmo período, ocorreu a elaboração da Política Nacional de Saúde que enfrentou permanente tensão entre a disponibilidade de recursos financeiros e a ampliação dos serviços; os interessados advindos de conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico; e a emergência do Movimento Sanitário. Esse processo não conseguiu reverter a ênfase da política de saúde, as reformas realizadas na estrutura organizacional caracterizada pelo predomínio da participação da previdência social, através das ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 2011).

Pode-se afirmar que praticamente até o fim da década de 1970, foi um período de intensa privatização da assistência médica, especialmente na psiquiatria. Ocorreu a abertura de grande número de hospitais, privados ou filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com recursos da Previdência Social, e com isso mais do que a oferta de tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos prevaleceu o abandono.

No entanto, os PAMs psiquiátricos, localizados nas grandes cidades e capitais, ofereciam consultas com psiquiatras no posto de assistência média e eram a única alternativa de internação, mas acessíveis somente para os segurados da previdência social. (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2016).

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Neste período, contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais.

O Movimento Sanitário, composto pelos profissionais da saúde, começou a colocar nos seus programas o debate acerca da política e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2011).

O plano passou a ser executado e suas estratégias básicas foram as Ações Integradas de Saúde (AIS). Guiaram-se no princípio da universalização, potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, direito universal à assistência à saúde a toda população brasileira; com ênfase na prevenção; descentralização técnica e políticas referentes à Política da Saúde e democratização das decisões administrativas. São estabelecidas algumas instâncias de articulação com comissões da saúde, representantes do Ministério da Educação, Previdência Social, secretário municipal de saúde e outros.

Nesse Período, a questão saúde contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para o amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2011, p.92).

Este período também foi o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Movimento plural constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, membros de associações de profissionais. Este movimento, passa a protagonizar e a gerar, a partir desse período, a delação da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986, foi o primeiro movimento importante, fato marcante e fundamental para a discussão de saúde mental no Brasil, e tinha por desígnio debater as propostas do governo quanto as ações empreendidas pelo Ministério da Saúde com respeito a implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para efetivação dessa reforma. A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRAVO, 2011, p.110).

A presença popular das entidades da área de saúde foi muito importante, pois possibilitou um debate com a sociedade que promoveu repercussões no relatório final da subcomissão, que se pautou nas orientações da VIII Conferência. Na comissão da ordem social foi aprovada também um texto que contempla demandas do movimento sanitário e popular (BRAVO, 2011).

A Assembleia Constituinte transformou-se em uma arena política em que os interesses da saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, liderados pela Liderança da Federação Brasileira dos hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias farmacêuticas (multinacionais) e as forças da reforma sanitária, representadas pela Plenária Mundial da Saúde.

O texto aprovado na Constituinte relacionado à saúde, após diversos acordos políticos e pressão popular, acolheu em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando a situação da indústria farmacêutica.

- o direito universal da saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.
- a proibição de comercialização de sangue e seus derivados. (BRAVO, 2011, p.116)

Apesar das conquistas alcançadas no texto constitucional, o Movimento Sanitário, enfrentou difíceis tarefas para a viabilização da Reforma Sanitária no Brasil:

- no nível da luta jurídico formal, através das constituições Estaduais e elaboração das Leis Orgânicas Municipais (Almeida, 1988);
- serviços e elevação de sua qualidade, através da expansão da rede de serviços e elevação da sua qualidade, através de novas práticas institucionais no cotidiano da estruturação do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir os direitos firmados na Constituição Federal;
- no nível sociopolítico, através da formação de consciência sanitária e de maior organização popular. (BRAVO, 2011, p.117)

É importante evidenciar que na política de saúde alguns aspectos foram indispensáveis, para estimular o setor público e modificar a política de saúde privatizante. Sendo uma das primeiras metas, a politização da saúde. tendo como objetivo aprofundar o nível da consciência sanitária, garantir o apoio político, a implementação das mudanças necessárias e conseguir a inclusão de suas demandas na agenda governamental.

A burocratização da Reforma Sanitária afastou a população da cena política despolitizando o processo. A concretização da Reforma tem dois elementos de tensão: o revolucionário, que é a questão sanitária, só

superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população, e o reformador, imprescindível para transformar instituições e processos. Para conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, a construção democrática é a única via, sendo o desafio colocado para os setores progressista da saúde uma de suas estratégias (BRAVO, 2011)

Após a constituição de 1988, o SUS representava o projeto mais avançado nesse processo, por capitalizar mais imediatamente o acúmulo de forças das lutas pela redemocratização e pela existência de um movimento sanitário bem estruturado, que mobilizou e direcionou a sua implementação. (VASCONCELOS, 2017, p.35)

O movimento antimanicomial acompanhou essa tendência, no entanto, outras áreas das políticas sociais, tais como a assistência social, não tiveram tal influxo na mesma intensidade. Foram contemplados gradualmente na esfera normativa, mas sua implementação foi mais tardia, precária e fortemente focalizada (DUARTE; PASSOS; GOMES, 2017).

Na Constituição Federal de 1988, o artigo 198 apresenta diretrizes que devem organizar o sistema de saúde: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A regulamentação dessas proposições ocorreu dois anos depois da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990) que regulamentava o SUS. Esse conjunto de leis proporcionou uma grande transformação no sistema de saúde brasileiro, podendo se considerar como a maior conquista do movimento da Reforma Sanitária em curso no Brasil desde 1970 (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2016).

A Lei n. 8.080 incorpora as diretrizes presentes na Constituição Federal introduz outros princípios que devem orientar as ações e serviços públicos de saúde. O artigo 7º dessa lei apresenta treze princípios:

I - universalidade (...); II - integralidade de assistência (...); III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade e assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI- divulgação

de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - participação da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo(...); X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados Unidos, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Amarante (1994) retrata que, com a criação do Sistema Único de Saúde, destacam-se a municipalização das ações a saúde, as tendências à descentralização, setores representativos da sociedade tem participação na formulação e gestão do sistema de saúde, sendo que esse processo se encontra em curso com idas e vindas próprias da construção da democracia.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1987, no “Segundo Congresso Nacional do MTSM” (Bauru, SP), enquanto um movimento social lançou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. “Um tema estratégico que remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental e seus manicômios” (AMARANTE, 1994, p. 81). No cenário do campo começa a ter ênfase a discussão e adoção de experiências de desinstitucionalização. Esse não é só um processo de desospitalização, é também de invenção de práticas assistenciais territoriais, um processo prático para desconstruir os conceitos e práticas manicomiais.

O fim da trajetória sanitaria, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. [...] [Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas macro reformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles os usuários e seus familiares (TENÓRIO, 2002, p.35).

Ainda em 1987, é criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 1989 ganhou maior visibilidade o processo de Reforma Psiquiátrica com o caso da Casa Anchieta, em Santos, local que sofreu muitas denúncias por maus tratos aos doentes mentais. A partir daí começa a ficar claro o papel que a Reforma Psiquiátrica vinha cumprir na sociedade, o de substituir uma psiquiatria centralizada no hospital por uma psiquiatria amparada em dispositivos variados, abertos e de natureza comunitária e territorial (TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica significou, em primeiro nível, a substituição da assistência centrada em instituições fechadas, com intervenções de médio e longo prazo e procedimentos involuntários, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitos similares a campos de concentração (Barros, 1994 apud Arbex, 2013) por uma atenção psicossocial interdisciplinar no território, de fácil acesso, com serviço aberto, universal, inspirado na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários, bem como integrado intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais (VASCONCELOS, 2017).

Surge então, neste contexto, o projeto de Lei 3657/1989, que desencadeia um grande debate nacional inédito, ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras práticas assistenciais e modalidades. Um novo processo de experiências em psiquiatria, de fundação de associações de usuários e de familiares, e de aprovação de projetos de Lei da Reforma Psiquiátrica acontece em muitas cidades e estados (AMARANTE, 1994; PEREIRA, 2004).

A apresentação no parlamento do referido projeto teve a participação do Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial, que configurou-se em um movimento social em saúde mental fundamental nesse processo de busca por transformações essenciais no tratamento em saúde. O movimento demarcou o problema a ser enfrentado, sugerindo maneiras de solucioná-lo, e enfatizou a importância de se combater as instituições de marginalização

dos usuários da saúde mental e a criação de direitos sociais.

O movimento antimanicomial constitui-se como um movimento social amplo, diversificado e pluralista com base social principal em um espectro variado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental, com enormes diferenças no perfil de formação e no posicionamento ético-político corporativo. Além disso, há a presença de liderança de usuários e familiares oriundos das classes populares (VASCONCELOS apud DUARTE, 2017, p. 31).

Em 1990, na Câmara dos Deputados, Paulo Delgado consegue a aprovação de seu projeto de lei, por meio de acordo de lideranças. Esse projeto foi a primeira lei de desospitalização discutida no parlamento latino-americano. Cabe destacar que nesse processo de discussão houve significativa resistência entre a categoria médica, famílias de usuários e de alguns parlamentares.

Sobre a tramitação do projeto de Lei, Arbex (2013, p.226) aponta que:

Remetido ao Senado Federal em 15 de fevereiro de 1991, como “projeto de lei da Câmara”, ele foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) recebendo, inicialmente, pareceres de dois relatores antes de ser submetido à votação: os senadores José Paulo Bisol (PSB-RS) e Lúcio Alcântara (PSDB-CE). Votado pela comissão em 1995, com o parecer favorável do senador Lúcio Alcântara, o Projeto Delgado foi rejeitado por 18 votos a 4, recebendo sete novas emendas em plenário. Em 15 de dezembro de 1998, o plenário apresentou outras dez emendas ao parecer do senador Sebastião Rocha (PDT-AP). O texto foi aprovado em 20 de janeiro de 1999 e enviado à Câmara dos Deputados com o substitutivo do Senado. Após algumas modificações, o projeto final foi remetido à sanção presidencial.

1.1 OS DESDOBRAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL NO SÉCULO XXI

Durante o ano de 2001, ocorre a aprovação da Lei 10.216(BRASIL,2001), sancionada no dia 1 de abril de 2001. Esta Lei significou um marco para o Movimento Antimanicomial, haja vista que sua aprovação ocorreu, somente, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional. Todo esse tempo para sua aprovação significou mudanças em seu projeto nacional, principalmente para que houvesse abertura de negociação com os diversos segmentos envolvidos para sua aprovação.

Um dos principais objetivos da Lei Paulo Delgado é retirar o manicômio como área central à assistência oferecida para as pessoas que possuem sofrimento mental. Apesar das modificações sofridas, os propositores da Reforma Psiquiátrica tentavam manter-se sob esse objetivo ao aceitarem propostas de modificações. Além disso, a Lei 10.216/01 normatiza a Luta Antimanicomial, que já ocorria desde a década de 1980, reforçando o objetivo de reversão da atual modelo periculosidade. (JORGE, M.A., et.al.2004).

A proposta não trata simplesmente sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sobre desassistir os usuários, mas que a internação seja recomendada apenas em casos em que todas as outras formas de intervenção fornecidas no território sejam insuficientes às necessidades que eles apresentarem em um determinado momento. Para que isso fosse normatizado, a Lei 10.216/01 precisou de outras leis e portarias complementares para a sua efetivação. Diante disso, foi criada a Portaria 336/2002, que tem por objetivo a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Com esta categorização, ao contrário de se negligenciar as populações menores, se almeja, em curto espaço de tempo, a ampliação do número de novos serviços. [...] Esta adequação prevê oferecer atendimento universal aos indivíduos necessitados oriundos de áreas com baixa densidade populacional ao mesmo tempo que torna possível seu atendimento e oferecer recursos necessário ao atendimento extra hospitalar (JORGE et.al.2004, p.215).

Durante a década de 1990, criou-se abertura para as políticas neoliberais do governo federal, com o fortalecimento do viés gerencialista do Estado, isto é, a aplicação da lógica de administração privada dentro do setor público. A terceirização e privatização dos serviços é parte primordial do projeto neoliberal, assim como, a desresponsabilização desse para com a questão social e suas expressões, somando-se a transferência de responsabilidade social para a sociedade civil e para as organizações do 3º setor (Organização Não Governamental, Organização da sociedade civil de

interesse Público, Instituições Filantrópicas, entre outras). Dessa forma, o que se verifica é:

O processo de retirada do Estado do trato universal/não-contratualista da “questão social”, a precarização/focalização/descentralização da atividade estatal e a paralela ampliação da atividade social privada (filantrópica ou mercantil) (MONTAÑO, 2002, p.194).

Nesse cenário foi observada uma gradual institucionalização, cooptação e/ou desmobilização da maioria dos movimentos sociais e dos partidos políticos que sustentavam a implementação dessas políticas. Esses processos prosseguiram nos anos 2000, porém mudanças claras ocorreram no perfil dos movimentos sociais mais ativos, sendo esses grupos de menor importância econômica, como a população sem-terra, sem-teto, indígenas etc. O Movimento Sanitário e o Movimento Antimanicomial se mantiveram ativos, mas também sofreram um claro processo gradual de institucionalização, (Vasconcelos, 2008b, 2012b).

Na década de 2000, acelerou-se a mundialização econômica e financeira sob o jugo das políticas neoliberais, com aprofundamento da crise econômica internacional e das políticas sociais. No Brasil, o Partido dos Trabalhadores (PT) representou o desaguadouro das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização e que formavam os movimentos sociais populares. Em 2003, assumindo o poder conseguiu alguns avanços, promovendo uma relativa reversão da miséria social mais aguda e da desigualdade, de maneira focalizada, mas com baixo desemprego, e com uma ampliação normativa das políticas sociais, além de ter gerado algum crescimento econômico. (VASCONCELOS, 2016).

Contudo, tendo como plano de fundo o difícil cenário mundial e um Congresso atrasado, o PT cedeu ao modo conservador de fazer política, com coalizões indiferenciadas e métodos escusos de trocar apoio político com abertura para corrupção no setor público e financiamento de campanhas, e alisou-se política e economicamente com o grande capital (por exemplos, com as grandes construtoras, grandes bancos e empresas do setor privado da educação). Além disso, não priorizou o investimento adequado nas políticas públicas universais, particularmente o SUS, na reforma urbana e aderiu à tendência neoliberal de privatização, precarização, terceirização, dos

seus servidores e trabalhadores. (MARICATO,2013 p.35 apud COE; DUARTE, 2017).

Não obstante essa análise, é preciso reconhecer que foi principalmente durante a gestão do governo do Partido dos Trabalhadores que ocorreu um avanço significativo no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, materializado na Política Nacional de Saúde Mental. Esses avanços quantitativos na Rede de serviços substitutivos em Saúde Mental podem ser observados especificamente a partir de 2002, apesar de haver dados disponíveis de maneira mais sistemática somente a partir de 2006. A partir desses dados, constata-se maior investimento de implantação da rede substitutiva no país.

Em termos de investimentos de recurso, houve, no período compreendido entre 2002 e 2014, uma inversão na destinação de recursos. Em 2002, 75,24% dos recursos SUS para a área de saúde mental eram destinadas a hospitais psiquiátricos especializados, enquanto 24,76% eram destinados a rede extra-hospitalar (rede substitutiva). Já em 2014, 79,39% dos gastos foram direcionados para a rede substitutiva de saúde mental e 20,6% para hospitais psiquiátricos. A diminuição de lutos em hospitais psiquiátricos é outro processo que pode ser observado no período. Em 2002 o país constatava com 51.393 lutos psiquiátricos (SUS), e em 2014, 25.988 (COE; DUARTE, 2017, p. 57).

Na campanha da Política de Saúde Mental, na década de 2000, houve avanços significativos dados à articulação e a pressão do Movimento Antimanicomial. Contudo, o cenário de fundo indicado anteriormente produziu continuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPS III, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de acolhimento, e bolsas do “Programa De Volta para Casa”.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como referência a Reforma Psiquiátrica Italiana, assumindo os principais pressupostos de sua congênere, a saber: a desinstitucionalização e a cidadania. Seus objetivos

dizem respeito à construção de outro lugar social para a loucura (Amarante, 1990 apud Tenório, 2001).

Desse prisma, a Reforma Psiquiátrica não se resume à substituição de um lugar de tratamento por outro, mais compatível com o desenvolvimento social, mas se configura em um movimento social de transformações em diversas dimensões, sendo a assistencial uma delas. Os atores e os movimentos sociais em luta da Reforma Psiquiátrica a fizeram avançar em diversos aspectos nesses mais de 30 anos desde o seu surgimento. Não obstante, vive-se atualmente em um cenário de avanços, mas também de retrocessos e sérias ameaças a sua continuidade nas bases idealizadas e defendidas pelos movimentos sociais que a constituíram.

No processo de Reforma Psiquiátrica, algumas das ações realizadas, efeitos nocivos de uma conjuntura político-econômico desfavorável e negligente ao conjunto de políticas sociais, incluindo as de saúde mental. Portanto, esses efeitos não acontecem, de forma casual, da Reforma tal como foi idealizada. As consequências da conjuntura neoliberal para a implementação da Reforma são inúmeras, entre as quais podem ser citados alguns processos de desospitalização equivocados e irresponsáveis, que ocorreram independentemente do funcionamento de uma rede de atenção psicossocial (VASCONCELOS, 2008).

Em relação aos objetivos da Reforma Psiquiátrica há uma questão essencial, de como fazê-la avançar em suas propostas em contexto de políticas neoliberal. A ampliação da Reforma no âmbito assistencial depende, entre outros, da criação de serviços substitutivos em funcionamento 24h por dia como porta de entrada na rede de saúde mental para atenção à crise.

No período de 2001 a 2005 aconteceram transformações na área da saúde mental, o MS implantou novos serviços abertos e substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Foram criados mecanismos para a gestão

programada de redução de leitos, como o “Programa de Volta pra Casa”, que objetiva dar suporte às pessoas que passaram um longo período internadas; E o tratamento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas de forma prejudicial, incorporando a Estratégia de Redução de danos (RD). (BRASIL, 2005)

Em 2007, acontece em Salvador, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, onde ocorreu a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Foi uma iniciativa que reivindicou a criação de uma nova forma de entidade que pudesse abarcar os vários segmentos que compunham a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE,2013).

As lutas da saúde mental são inseridas no campo mais geral da conquista dos direitos sociais de cidadania, por uma sociedade que “luta” por justiça social. O avanço do movimento antimanicomial frente à consolidação da política de saúde mental apresenta uma produção significativa no decorrer desses trintas anos que demarcam um capital cultural, simbólico e de memória para seu acervo biográfico na formação política, produzindo arte, ações e estratégias na perspectiva de instituir convivência solidária e cidadã (COE; DUARTE, 2017).

A complexidade do campo da saúde mental traduziu esse processo em 2010 com a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial com o tema: “Direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, que só se realizou pela marcha de usuários de Saúde Mental, em 2009, em Brasília.(COE; DUARTE,2017,p.87).

A marcha tinha como objetivo defender as conquistas e avanços da Reforma Psiquiátrica, com a superação da ideia de internação e perspectiva de recuperação pela inserção na família, no trabalho e na sociedade. Coe e Duarte (2017) afirmam que além disso, defendia o Sistema Único de Saúde (SUS) ressaltando seu papel fundamental na Reforma Psiquiátrica, que é o de oferecer estrutura e condições adequadas de atendimento para tratamento de portadores de sofrimento mental.

A marcha também exigia a efetiva implantação do “Programa de Volta para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde em 2003 com o objetivo de reintegrar socialmente pessoas com sofrimentos mentais que passaram por longas internações. O programa dispõe também de um auxílio financeiro para o beneficiário ou seu representante legal. O movimento coloca também em debate a necessidade de aprofundamento da política de atenção não manicomial, garantindo que a estrutura de atendimento em meio aberto seja de fato implementada e orientada pelas diretrizes definidas coletivamente nos processos das Conferências de Saúde Mental (BRASIL, 2003).

Os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de outro ponto de vista do cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária, por outro, identificaram os desafios e lacunas, a complexidade e o caráter multidimensional, intersetorial e interprofissional dos enunciados e bloqueios do campo, indicando a direção pela solidificação dos avanços e pelo enfrentamento dos novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

Após a realização da IV CNSM- I, que apresentou um relatório final robusto, emerge no fim do ano o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010), com a participação da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, garantindo o financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CT) e o aumento de vagas para os usuários, além da omissão quanto ao processo de internações forçadas, de forma repressora e autoritária nas principais capitais brasileiras.

Ao analisar que o intervalo entre a III CNSM e a IV CNSM- tem nove anos, que a conferência realizada em 2001 realiza-se oito meses depois da promulgação da Lei Federal N 10.216 – a nova Lei da saúde mental, portanto, esse será o debate do evento, no sentido de dar direção ético – política a rede de atenção integral à saúde mental que emerge e visibiliza ainda mais com a legislação, que imprime estatuto de política pública de Estado, apesar do acordo de lideranças partidárias e os substitutivos apresentados. Interessante ressaltar que o texto final da referida Lei é bem distante da radicalidade do seu projeto de lei original, pois manteve a estrutura

hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apontando para uma proposta de mudança do modelo assistencial (DUARTE, p. 230-231, 2018).

De acordo com Yasui (2010), o intervalo entre as duas conferências de 2001 e 2010, demonstra pouca participação e controle social sobre política pública e sua gestão, restringindo-se as conferências nacionais de saúde e seus processos de organização. Apesar de certa hegemonia na direção política da Reforma Psiquiátrica, pactuada pelo Ministério da Saúde foi implementada, a partir do SUS, em níveis locais a política pública de saúde mental, com as inerentes contradições ao processo de controle social pelos conselhos de saúde, nas três esferas de sua organização. Fato que é relevante tanto para aos usuários e trabalhadores da saúde mental, como para o próprio controle social.

No ano seguinte a 2010, foi instituída a portaria 3.088/2011, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluído também aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011).

A RAPS, segundo a referida Portaria, está constituída pelos seguintes componentes: a atenção básica em saúde, como uma das suas portas de entrada (constituindo-se pelas Unidades Básicas de Saúde, Consultórios na Rua, equipes de atenção básica para populações em situações específicas, Centros de convivência e Núcleos de Apoio à Saúde da família- NASF); a atenção psicossocial estratégica, que tem atuação no CAPS nas ruas diferentes modalidades, com a manutenção de sua porta de entrada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad II, CAPSad III); a atenção de urgência e emergência (SAMU, Salas de Estabilização e UPAS 24 horas); a atenção psicossocial de um caráter transitório (composta pelas Unidades de Acolhimento infantil[Uai], Unidades de Acolhimento Adulto[UAA] e Serviço de Atenção de Regime Hospitalar (Comunidades Terapêuticas); a atenção hospitalar (leitos especializados em hospital geral e serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool , e outras drogas); aa estratégia de desinstitucionalização(constituída pelo SRT e Programa de Volta para Casa); e a reabilitação psicossocial (composta pela iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais) (COE;DUARTE 2017, p.91).

Segundo COE, Duarte (2017) a concretização das diretrizes e dos propósitos da RAPS perpetua por múltiplos pontos de atenção e pela ação dos indivíduos, interligando-se com os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada usuário, nas diversas formas de cuidado, seja na cultural, clínico ou psicossocial. Segundo (MERHY, 2014) “a RAPS tem uma dimensão normativo institucional e outra operacional, prática, que depende das relações efetivas/ afetivas entre pessoas e seus encontros que organizam a produção do cuidado em rede vivas e no território”.

O autor (2017 p.90) ainda afirma que “a atenção psicossocial vai sendo engessada pelos marcos legais, um exemplo disso é a RAPS que opera uma “reconceituação conservadora”. Para regular e organizar os fluxos assistenciais do sistema, monitorando indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. A referida Portaria abre possibilidades concretas para o financiamento público de práticas que estavam fora da previsão de custeio e repasses do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, institucionalizam-se muitos pontos de atenção que estavam sendo inventados, retiram-se outras estruturas de cuidado, com os ambulatorios de saúde mental na perspectiva da clínica ampliada, e retomam-se velhas formas de atenção, superadas por forças instituintes, como as comunidades terapêuticas. (COE; DUARTE, 2017, p.90).

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a reforma Psiquiátrica Brasileira, devem ser substituíveis, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem a estes o acolhimento e a atenção às pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. É objetivo do CAPS promover a inserção social das pessoas com sofrimentos mentais através de ações Intersetoriais, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; prestar atendimento clínico em regime de atenção diária; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção às pessoas com transtornos mentais no município. (BRASIL, 2004).

De fato, os CAPS são articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental em um determinado território, é o núcleo de uma nova ética do cuidado, produtora de autonomia que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda trajetória do seu tratamento. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, usuários atendidos e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim esses serviços diferenciam-se como, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS AD.

O CAPS I é um serviço de menor porte, tem como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Capaz de oferecer uma resposta às demandas de saúde mental em municípios de população com pelo menos 15.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana. (BRASIL, 2011)

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 70.000 habitantes. Os usuários desse serviço é adultos com transtorno mentais severos e persistentes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (idem).

Os CAPS III são serviços de maior porte da rede CAPS. Previsto para dar cobertura aos municípios com mais de 150.000 habitantes, são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Tem alguns leitos e quando necessário realiza acolhimento noturno (internações curtas).

O CAPS I, especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos para cidades de mais de 70.000. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

O CAPS AD, II e III são equipamentos previstos para cidades com a cerca de 200.000 habitantes, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funcionam durante os dias úteis da

semana.

O perfil populacional dos municípios, é sem dúvida um dos essenciais critérios para a elaboração da rede de atenção à saúde mental nas cidades e para implantação de Centros de Atenção Psicossocial, no entanto, deve ser apenas orientador o critério populacional para o planejamento de ações de saúde. O gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, é quem terá as condições mais adequadas para estabelecer os equipamentos que respondem da melhor forma às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2011). Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais e autonomia destes nos serviços. No entanto exige uma articulação ampla, com variados recursos da assistência, por isso se articula com os recursos existentes em variadas redes, como as sócias jurídicas, sanitárias, educacionais e sociais, entre outras (BRASIL, 2011).

O SUS vem se dedicando com excepcional esmero nos últimos anos, na tarefa de desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes na comunidade. Com isso, a implementação e o financiamento das SRT surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes e superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Os SRT se constituem em casas localizadas no espaço urbano, criadas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos de saúde, estas casas têm como objetivo garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade que muitas vezes não é fácil. Os direitos mais fundamentais são de morar e de circular nos espaços da cidade e comunidade, que se reconstituem com a implantação

nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências cada uma deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores. (BRASIL,2011).

De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores de forma geral e um cuidador é designado para apoiá-los nas tarefas, dilemas e conflitos cotidiano do morar, do coabitar e da circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. Cada residência deve estar referenciada a um CAPS e operar junto à RAPS dentro da lógica do território.

O programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de reinserção social das pessoas com longa internação em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. Para receber o auxílio do Programa de Volta para Casa, a pessoa precisa ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2003).

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial no campo da reforma. A implantação do programa, no entanto não se dá sem dificuldades. A maior parte dos eminentes beneficiários não possui a documentação mínima para cadastramento no programa por serem egressos de uma longa internação em hospitais psiquiátricos, o processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, implicam muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania.

É habitual da dinâmica da Reforma Psiquiátrica o surgimento, em variados momentos e em diversas regiões, de experiências inovadoras e

de novas tecnologias para responder o desafio do cuidado e da inclusão social. Os centros de Convivência e Cultura vêm se destacando como uma destas experiências, são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem as pessoas com transtorno mental espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade.

Estes, através da construção de espaços de convívio e sustentação nas diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com sofrimentos mentais. O valor estratégico e o objetivo destes é efetivar seus serviços no campo da cultura, e não exclusivamente no da saúde. Os centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos oferecidos para a pessoa com sofrimento mental e para o seu território com espaços de articulação com a vida cotidiana e cultural. (BRASIL, 2003).

Coe e Duarte (2017) afirmam que, em 2011, é realizada através da política nacional de drogas a segunda edição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, “O Crack é possível vencer”, com fundamentos de laboração em táticas de governo, diagnóstico e capacitação de boas práticas. Verifica-se um aumento do financiamento público para esse plano e ações de cuidado que refletem na modalidade CAPSad III, nos Consultórios na Rua, UAa, UAi, Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras drogas e Comunidades Terapêuticas. É importante ressaltar que estes dois últimos dispositivos previam a ampliação de leitos, o que era oposto ao que preconizava a política de drogas. as internações compulsórias como meios atenção aos tidos como “lixos humanos”.

Coe e Duarte (2017) reforçam que ocorre uma contrarreforma na saúde mental, o que acarreta um enorme retrocesso, pois abre possibilidades para internação compulsórias e leitos para financiamento Público de Comunidades Terapêuticas. Ressaltam também, que esses processos de contrarreforma revelam fragilidades na efetivação dos

dispositivos que compõe a rede de atenção em saúde mental. Nesse sentido, a RAPS apresenta debilidades e uma obscuridade à Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas legislações vigentes, uma vez que, embora a política não inclua os ambulatórios de saúde mental na rede, há uma indução à “ambulatorização”. Desta forma:

O trajeto histórico dos ambulatórios está longe de conglomerar forças à luta antimanicomial, uma vez que, historicamente estes tem tido centralidade em uma perspectiva de medicalização da vida e de ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais para o enfrentamento do crack, álcool e outras drogas e até mesmo na internação em comunidades terapêuticas em detrimento da expansão dos dispositivos assistenciais como os CAPS III e da própria RAPS. (VASCONCELOS, apud DUARTE, p.93, 2017).

É importante demarcar, que nesse ciclo, na área da saúde, ocorre o processo de mercadorização da saúde e ampliação do setor privado na área, provocando impactos diretamente na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e na proposta de humanização da saúde. A política de saúde vem sofrendo sucessivas contrarreformas, que em sua lógica pública impactam diretamente e tensionam o projeto de reforma sanitária construído nos anos 1980 fortalecendo a lógica privatista. (CASTRO, 2015).

As contrarreformas na política de saúde apontam para o rompimento do caráter universal do sistema público de saúde, flexibilizam a gestão na lógica custo/benefício e estimulam a ampliação do setor privado na oferta de serviços e saúde. Essas mudanças podem ser observadas na sistematização realizada por Soares (2010a), que destaca a refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que, ao invés da universalidade, temos uma acesso focalizado aos mais pobres, que se deparam com extensas filas para acessar o sistema de saúde; a integralidade é revertida em ações precarizadas e focalizadas na pobreza, com ênfase aos atendimentos emergenciais, fragmentação do sistema e da referência e contrarreferência; e a participação da comunidade é desvalorizada e burocratizada, impedindo que ocorra, de fato, o controle social.(CASTRO,2015,p.69).

Coe e Duarte (2017) destacam que, dentro desse contexto de retrocessos, ocorreu em dezembro de 2013, o I Encontro Nacional da RAPS, o” Reci-pró-cidade na Diferença”, na cidade de Pinhais – Paraná, impulsionado por indivíduos preocupados com as ondas neoconservadoras. Esse evento produziu a Carta de Pinhais, uma

publicação alertando para as normativas que seguem a perspectiva das políticas proibicionistas e coercitivas, com a abertura para setores religiosos com cunho fundamentalista, por meio do financiamento público das Comunidades Terapêuticas para o cuidado das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A carta de Pinhais admoestou sobre a perda do mandato do CAPS como ordenadores do território, que coloca o dispositivo como atenção psicossocial especializada no setor secundário ou de média complexidade, de acordo com a Portaria GM/MS N. 3.088. Os CAPS tornaram-se dispositivos de atenção psicossocial estratégica, como parte dessa luta, assim, junto com as equipes do NASF e a Estratégia da Saúde da Família, eles compartilham o mandato como porta de entrada da rede de atenção à saúde, impossibilitando certo tipo de discurso ou estratégia relacionado a contrarreforma. (COE; Duarte, 2017, p.93).

Contudo, quando era proposto algo na área da saúde mental, visto como retrocesso, por aqueles que à defendiam, não deixavam ser implantados sem resistência, como foi em dezembro de 2015, pelo “Fora Vallencius”¹. Vallencius Wurch foi nomeado como novo coordenador geral de Saúde mental, álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. De acordo com os militantes ele representa um retrocesso na luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica. Os militantes da luta antimanicomial ocuparam a sala do coordenador Nacional de Saúde Mental por alguns dias, pediram renúncia do coordenador. Retirados a força por conta do pedido de reintegração de posse. Pouco tempo depois, houve exoneração do coordenador sendo substituído por um novo Ministro de Saúde do governo Dilma para driblar seu processo de impeachment. (COE; DUARTE, 2017).

E os tempos difíceis têm fortalecido discursos e práticas de desmantelamento interno da reforma psiquiátrica, quando se vê setores

¹ Valencius Wurch: psiquiatra que foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, na região metropolitana do Rio de Janeiro, o maior manicômio privado da América Latina, que foi fechado por ordem judicial em 2012 após anos de denúncia de violações de direitos humanos. Ele foi coordenador na década de 90, época em que Paracambi re presentava uma casa de tortura e maus tratos, chegando a um período em que morria uma pessoa por dia por abandono. Os pacientes passavam fome, eram estupradas. Nessa mesma época ele se posicionou na imprensa contrário à reforma psiquiátrica brasileira e assim tem permanecido enquanto professor, se posicionando contrário à luta antimanicomial. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

conservadores da sociedade articulando com as corporações médicas e parlamentares com espectro de direita dando os rumos da atual política pública em tempos de golpe. (VASCONCELOS, 2016).

De um modo geral, no período entre a Lei Federal N. 10.216 e a III CNSM e a IV CNSM-I, sendo estas, marcos históricos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, importantes avanços na desinstitucionalização podem ser apontados como a substantiva redução de leitos psiquiátricos comunitários. Entretanto, permanecem ainda como grandes desafios, velhos problemas a serem enfrentados:

O aumento de cobertura dos CAPS, a implantação de leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais, o apoio matricial e a integração da saúde mental com atenção primária a saúde, a desinstitucionalização de pessoas em situação de longa permanência hospitalar, a ampliação do quantitativo de SRT e o aumento de provisão dos serviços específicos para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, como para crianças e adolescentes. Soma-se a isso, o enfretamento com o corporativismo médico, a ausência de psiquiatras na rede pública de saúde mental, o avanço da indústria farmacêutica e o aumento da medicamentação e da medicalização, a questão da atenção a crise sempre reeditada pela vida das internações de emergências psiquiátricas, a ausência de suporte aos familiares em suas bases, o subfinanciamento e o corte da saúde, ainda mais a partir da emenda constitucional N.95/2016 (BRASIL, 2016) a rotatividade dos trabalhos cada vez mais precarizados, a lógica de privatização crescente e o contexto de violência que cada vez mais afeta os territórios dos dispositivos assistenciais, como as moradias de usuários familiares e alguns trabalhadores (DUARTE, p. 235, 2018).

Se, portanto, o quadro acima já se fazia presente antes do golpe de Estado, com o governo de Michel Temer há um acirramento e uma radicalização deste cenário. O então presidente impõe uma “nova” manobra na política de saúde mental no Brasil, a partir de conchavo e articulação política junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 14 de dezembro de 2017, aprovando a Resolução CIT N 32 (BRASIL, 2017 a) que reformula a RAPS e baseando- se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017 b) com sua base de sustentação articulada tanto com campo de saúde mental, álcool e outras drogas, como com os setores conservadores.

A “nova” RAPS tem os seguintes dispositivos: equipes multiprofissionais de atenção em saúde mental, unidades ambulatoriais especializadas, unidades de referência especializadas nos hospitais gerais, hospitais psiquiátricos especializados, hospitais gerais e o CAPS ad IV/R, que funcionará 24h, com equipes multiprofissionais e que serão localizadas em regiões metropolitanas, acima de 500 mil habitantes, próximos às “cracolândias” (DUARTE, 2018). É inadmissível, incluir na RAPS mudanças nitidamente contrárias à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial que fundamentam a Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Brasil inclusive como resultado de Lei.

Duarte (2018) afirma que tal proposta (que se encontra na Portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017) fora aprovada à revelia de todas as conquistas, avanços e êxitos alcançados até aqui pela política de saúde mental no Brasil e pela implementação da RAPS. O autor avalia que as propostas de mudanças na RAPS ou na Política de Saúde Mental do Brasil retrocedem ao modelo manicomial e medicalizante o que, conseqüentemente, irá agravar as condições dos pacientes.

Algumas das principais mudanças e prejuízos que acarretaram a aprovação dessas medidas são, segundo a nota de repúdio divulgada por diversos grupos que atuam na saúde mental do Rio Grande do Norte, no final do ano de 2017, a desestruturação da política de desinstitucionalização, financiamento de ambulatórios psiquiátricos, ampliação do financiamento da rede hospitalar psiquiátrica pública e privada e ampliação do financiamento de Comunidades Terapêuticas. (SESAP et al, 2017).

A nova política como um todo vislumbra um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para uma lógica baseada em instituições centradas no modelo biomédico, medicalizante, privada, promotora de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente. Além disso, exclui os CAPS como portas de entrada na Rede e, em substituição, introduz equipes da Assistência Multidisciplinar de Média

Complexidade em Saúde Mental (AMENT), e a entrada no CAPS apenas por encaminhamento.

Em material produzido, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (2019) afirma que as propostas feitas pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental, Quirino Cordeiro, deixam evidente que a intenção com essas alterações na RAPS é enfraquecer e sucatear os CAPS, a favor da ampliação dos serviços asilares. No entanto, o cuidado só é possível quando se preserva os direitos humanos das pessoas que sofrem, e os CAPS são serviços de saúde mental, reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que cuidam dos cidadãos em sofrimento psíquico viabilizando seus direitos, o exercício pleno da cidadania, a efetiva reabilitação psicossocial e uma abordagem pautada pela valorização da liberdade dos usuários, construída nesses serviços (ABRASCO, 2019).

O material produzido pela ABRASCO destaca ainda que, para os defensores do modelo hospitalocêntrico, a concepção de manicômio desses setores conservadores é um lugar físico. Neste sentido, esse pensamento é equivocado, pois não aborda que a lógica manicomial não está só nos manicômios judiciais – hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. De acordo com a entidade, essa análise segregadora, exclui e normatiza, inclusive pelos processos de medicalização, psiquiatrização e psicologização.

É destacado que no dia primeiro de março (2018), foi aprovada uma “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Política de Drogas (CONAD), através da Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018). Esta reforça uma linha de cuidado pautada na proibição do consumo de drogas, destinando as ações do governo em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica, com foco nas internações e, em particular, nas comunidades terapêuticas.

A ABRASCO destaca que a Nota Técnica n 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que esclarece sobre as mudanças na Política

Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas foi retirada de circulação sob o comando do Ministro da Saúde, conforme informações mais recentes. Avalia-se que, se ela não se mantém, deve-se à enorme pressão social e do movimento organizado do campo da saúde mental, que tem se manifestado amplamente em repúdio às suas determinações (ABRASCO, 2019).

No entanto, as mudanças legais e os argumentos que justificam essas mudanças, presentes nessa Nota Técnica, continuam relevantes, já que essas novas portarias não foram revogadas. O que se destaca de mais agravante, trazendo a discussão para o ano de 2019, no qual o Governo vigente, sob comando do então presidente, Jair Messias Bolsonaro demarca de forma absurda inúmeras violações à Declaração Universal dos Direitos Humanos, reforça também uma reestruturação de um ambiente da Saúde Mental que implica nos moldes dos hospitais psiquiátricos e, principalmente, que visa apenas uma “mercantilização da loucura”.

O argumento utilizado para defender essas mudanças, que está apresentado na norma técnica, é o de que elas se enquadram na obediência da Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e constituiu direitos dos portadores de sofrimentos mentais. Ressaltando, é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, concentrando às suas necessidades”, de acordo com a referida lei, expondo a urgência de se conceder tratamento aos pacientes, de acordo com seu quadro clínico, suas necessidades e complexidade, sem subestimar nenhuma forma de tratamento.

A RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para o atendimento do indivíduo que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à

população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (THORNICROFT; TANSELLA, 2008 apud BRASIL, p.7, 2019).

Os autores Thornicroft e Tansella (2008), são citados de modo indevido na nota técnica, porque diferente o que é explícito na Nota Técnica, sobre os hospitais modernos, “não são os hospitais monovalentes de grande porte e isolados, como aqueles que querem ser mantidos pelo Ministério da Saúde, ainda existentes no Brasil, mas “serviços que ofertam tratamento para pacientes agudos internados, continuamente em unidades de hospitais gerais” (ABRASCO, 2019,s/p).

Vale salientar, que a Nota Técnica justifica que não há qualquer motivo para privar o paciente com sofrimento mental de uma rede potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. Desta forma, não há nenhum indício de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá, Austrália, França, Alemanha, e Reino Unido, por exemplo. (BRASIL, 2019).

No entanto não é isso que acontece de fato, pois tem-se o fechamento dos hospitais psiquiátricos, tanto no Reino Unido quanto em muitos outros países que progrediram com a Reforma Psiquiátrica. O que está em pauta, inclusive quando se fala em internação (e essa possibilidade nunca foi negada pela Reforma Psiquiátrica), é a defesa de serviços que sejam ligados, para manter os tratamentos territorializados, sem o risco de segregação, tão nociva e cronificadora nos casos de pessoas com sofrimento mental e uso prejudicial de substâncias psicoativas (ABRASCO,2019).

A nota traz um equívoco quando prevê oferecer cuidados, pois a RAPS reconhecida pela Portaria 3.088 de 2011 já previa a existência de leitos em hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento noturno em CAPS III

e CAPS ad III. A RAPS da Reforma Psiquiátrica Brasileira já é a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde, o que a difere é que ela estimula os tratamentos no território em sociabilidade, a recuperação do usuário e a garantia de uma vida digna (escola, trabalho, moradia, saúde geral, lazer, etc.), deixando de lado as instituições manicomiais.

Essa territorialidade, totalmente ausente na “nova” política, é fundamental, só assim é possível reabilitar e ressocializar os usuários da saúde mental, ou, até impedi-los de serem estigmatizados ou excluídos (ABRASCO,2019).

Muito do arcabouço teórico e ideológico, vigente nessa Nota Técnica, principalmente aquele que se direciona como “novo”, acompanha um mesmo fundamento que, ao defender preceitos unicamente científicos, valoriza apenas as evidências e os estudos biomédicos, deixando de lado o conhecimento de várias profissões que trabalham na área. No entanto, estas requeridas evidências científicas apesar disso se mostram, muitas vezes, frágeis.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, in Projeto Diretrizes. 2013, AMB/CFM, BRASIL, p.6 ,2019).

Exemplar e emblemática é, nesse sentido, a propaganda feita no documento em defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), normalmente conhecida como eletrochoque. Distante de ser uma técnica segura e incontroversa na sua execução moderna, o ECT, assim como psicocirurgias mais atuais, é instrumento de um debate científico, bioético e judicial acirrado em relação a sua eficiência clínica e capacidade iatrogênico. O risco de um

mal de seu uso, além dos casos graves de depressão, é considerável. Isso sem falar no medo que sua prática excessiva e punitiva assombra inúmeros indivíduos que foram vítimas de seu uso abusivo (ABRASCO, 2019).

Um exemplo nítido de uma abstração sem fundamento crítico e teórico feito pelo Governo em questão, está na afirmação de que há um aumento de problemas sociais, devido única e exclusivamente aos desmontes de leitos psiquiátricos realizados durante os governos do PT, e conseqüentemente ao aumento dos Centros de Atenção Psicossocial, no qual os governos de Lula e Dilma investiram.

Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, p. 5, 2019).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, promovida pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela Lei 10.216/01, foi uma conquista deste processo. A rede organizada por território pressupõe seu modelo que substituirá aos que foram utilizados por anos para esconder a desigualdade, o tratamento desumano, descaso do governo sob forma Mercado. A desinstitucionalização é um processo longo e doloroso que exige, pensar mais no bem do outro, sem causar sofrimento alheio para obter mais lucro. (ABRASCO, 2019).

Desinstitucionalizar é reintegrar pessoas que, por violência histórica, passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida, mas é também impedir reinternações repetidas. Desinstitucionalizar é, sobretudo e ainda, acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização (ABRASCO, 2019, s/. p).

O processo de Reforma Psiquiátrica é longo e ainda ocorre na atualidade. Dessa maneira, ainda existem lugares em que as pessoas são acometidas por alguma doença mental e mantidas sob internação de longa permanência. O modelo hospitalocêntrico ainda não foi totalmente abolido como forma de tratamento. Para fazer avançar a Reforma deve-se, simultaneamente, investir em análises teóricas e no potencial dos movimentos sociais que levem em consideração a conjuntura macroscópica.

Na concretização da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de avançar não se dá de modo independente de análises políticas da conjuntura econômica nacional e internacional (VASCONCELOS, 2012). Essas análises devem ser capazes de conduzir, a partir disso, a elaboração de estratégias que produzam reformas eficazes, para garantia de acesso a uma assistência à saúde pública estatal e de qualidade.

A possibilidade de avançar na implementação da reforma psiquiátrica depende de análises políticas lúcidas da conjuntura nacional e internacional. Dessa forma, acreditamos que os estudos e as ações que pretendem contribuir para esse avanço devem estar atentos a tais determinações (VASCONCELOS, 2012).

CAPÍTULO 2: REFLEXÕES SOBRE O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No cenário atual, que compreende os desmontes de conquistas no campo da saúde mental é importante se fazer um debate do ambulatório, somado com as questões já apontadas, de como este está sendo colocado na rede de assistência e buscar compreender como tal serviço vem se efetivando e se os cuidados ofertados aos usuários estão sendo baseados nas propostas do modelo psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

Conforme Silva Filho:

O Brasil dos anos 1970, embalado por um amplo processo de Reforma Psiquiátrica na sua conjuntura sociopolítica, viu os ambulatórios como uma proposta de incremento da assistência em saúde mental até então pautada praticamente apenas no hospital psiquiátrico. A proposta ambulatorial de assistência, como um todo por setores progressistas preocupados com o que despontava como crise político- financeira no âmbito sanitário, já vinha sendo pleiteada no país como diretriz para assistência médica (SILVA FILHO, 2000 apud DAMOUS; ERLICHE ,2017, p. 915).

Entendemos que:

Não se resolvem o sofrimento mental com serviços ambulatoriais especializados, especialmente se estes se tornarem reféns das indústrias farmacêuticas, elevando os índices, como tantos estudos têm revelado, do uso indevido de psicofármaco, antipsicóticos e antidepressivos, na medicalização dos problemas da vida, especialmente em países que vivem crises socioeconômicas e políticas. (GOLDSMITH & MONCRIEFF,2011 apud DAMOUS; ERLICHE 2017).

A partir de toda reflexão do processo de contradições e, principalmente, de todos os avanços alcançados até então, o que preocupa é observar como o Governo vigente pretende conduzir e estabelecer tais aspectos da Saúde Mental, e como esse retrocesso poderá afetar muitas vidas.

A presente na Nota Técnica já citada anteriormente, o atendimento

ambulatorial também passa a ser incentivado, com uma perspectiva centrada nas doenças em detrimento ao investimento na RAPS. O argumento usado é que essa modalidade é essencial para o atendimento adequado de pessoas com transtornos mentais, comuns e persistentes, que não são da atenção básica e que não precisam de um serviço de reabilitação como os CAPS. De acordo com a nota técnica trata-se de ação custo-efetiva, que, quando com cobertura adequada, certamente impacta favoravelmente em diversos indicadores, tais como a busca por atendimento, crises em Serviços de Emergências, tentativas de suicídio, internações, reinternações e afastamentos do trabalho por doença, para citar alguns (BRASIL, 2019).

2.1 AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Os ambulatórios de Saúde Mental assumiram dois aspectos diferentes, o tradicional, criado como uma opção ao manicômio, e o da reforma. O ambulatório tradicional oferece atenção voltada a medicalização, uma atenção médica voltada para a cura, consultas psicológicas e psiquiátricas. Já as ações do ambulatório da Reforma, seguem as diretrizes e os paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Este dispositivo teria que ter atendimentos centralizados no cuidado com os usuários, como atendimentos em grupos e individuais, equipe multiprofissional, visitas domiciliares e atividades ressocializadoras (OLIVEIRA; SANTOS; YAMAMOTO, 2009)

Para compreender como os ambulatórios vem se efetivando e se esses cuidados estão sendo baseados nas propostas do modelo psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, realizou-se um estudo reflexivo, a partir de revisão bibliográfica. O quadro abaixo apresenta os textos utilizados, que trazem ricos debates sobre o ambulatório e que relatam a visão e experiência de profissionais que atuam nestes serviços.

Ano	Título	Autores	Metodologia	Local de Estudo
2009	O ambulatório de Saúde Menta no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal, RN.	Yalle Fernandes dos Santos, Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira, Oswaldo Hajime Yamamoto.	Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais que participaram do processo de implementação e de estruturação do serviço	Ambulatório Especializado em Saúde Mental localizado no bairro da Ribeira (Distrito Sanitário Leste) município de Natal – RN2010
2010	Profissionais de Ambulatório de Saúde Mental: Perfil, práticas e opiniões sobre as políticas	Caroline Clapis Garla, Antonia Regina Ferreira Furegato, Jair Lício Ferreira Santos	Estudo quantitativo com abordagem descritiva para atender as políticas em saúde mental, visando contribuir com a saúde mental	Estudo realizado em 10 cidades da região de Ribeirão Preto do DRSXIII como mínimo
			nas Américas, através da avaliação dos serviços abertos da rede comunitária. Faz parte de um projeto multicêntrico ampliando dados do projeto realizado Pelo departamento de Enfermagem e Psiquiatria e Ciências Humanas-DEPCH da EERP/USP	de 20.000 habitantes e Ambulatório de Saúde Mental: Batatais, Cajuru, Cravinhos, Jaboticabal, Jardinópolis, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Serrana e Sertãozinho
2016	Ambulatório de Saúde Mental: Fragilidades apontadas por profissionais	Marcelle Paiano, Mariluci Alves Maftum, Maria do Carmo Lourenço Haddad, Sonia Silva Marcon	Estudo qualitativo, desenvolvido pelo método de Avaliação de Quarta Geração. Os dados foram coletados com o uso de observação não participante, entrevista aberta individual e técnica grupal para sessão de negociação com 12 profissionais atuantes no ambulatório.	Ambulatório de saúde mental de um município do Paraná. Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM)

Em relação aos ambulatórios, os textos analisados apontam que estes são necessários em municípios que possuem uma grande demanda de atenção para que, junto ao CAPS, ofereçam um eficiente suporte para atendimento e busquem evitar o esgotamento da rede, através de articulação com as equipes de atenção básicas e evitando internações em hospitais.

As pesquisas apontam que, em relação a questão de acesso referente ao serviço ofertado no ambulatório, esses acontecem nas Unidades Básicas Saúde (UBS) por meio de encaminhamento, mas isso tem ocasionado fila de espera, pelo grande número de demandas e pouca articulação com a rede. O que também atinge de forma direta o tamanho da fila, são os critérios utilizados pelos profissionais que atendem na UBS e sua experiência na saúde mental. Os usuários acabam sendo encaminhados para a internação por falta de suporte.

A falta de implementação adequada da rede básica de assistência e a pouca ou inexistente articulação entre esses serviços pode ocasionar crise no sistema por excesso de demanda, medicalização como forma única de assistência, falta de avaliações psiquiátricas eficazes, tratamentos psicoterápicos incoerentes com a real demanda do sujeito e cronificação dos transtornos mentais (GARLA, FUREGATO, SANTOS, p.77).

O texto de Santos et al (2009) aponta resultados de pesquisa realizada com profissionais inseridos na rede ambulatorial de saúde mental. Os entrevistados foram profissionais atuantes da equipe multiprofissional no ambulatório (assistente social, enfermeiro, psicólogas, psiquiatra e terapeuta ocupacional). Os resultados apontaram fragilidades na organização estrutural da rede de assistência em saúde mental, no que diz respeito a acesso, fila de atendimento extensa e estrutura física. Em relação aos recursos humanos incluem-se: falta de capacitação e educação permanente, dificuldade em trabalhar em equipe, rotatividade, desvalorização profissional, desconhecimento do funcionamento da rede de saúde mental e das atividades realizadas e educação permanente.

Na visão da maioria dos profissionais que foram entrevistados por Paiano et al (2016), o espaço físico do serviço dificulta o desenvolvimento de atividades em grupos, e até mesmo ações preconizadas pelo Ministério da Saúde que abrangem essas questões, por conta da ausência de área externa e espaço interno dos ambulatórios. Também aparece uma situação semelhante em outro estudo, sobre um CAPS que funcionava em um enorme edifício, antigo ambulatório, com vários consultórios para atendimento individuais e para atividades desenvolvidas em grupo tinham poucas salas adequadas.

A atenção aos pacientes em ambulatório deve incluir atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. (PAIANO, MATFTUM, HADDAD, MARCON, 2016,p. 2).

De acordo com os resultados das pesquisas, referente à reforma psiquiátrica, entende - se que como pontos de atenção da rede de assistência em saúde mental, os ambulatórios precisam unir os atendimentos especializados inseridos ou não em policlínica e nas unidades básicas de saúde. As atividades realizadas deveriam ter prioridade nos atendimentos em grupos e individuais, mas, de fato não é o que acontece.

Os ambulatórios de saúde mental continuavam seguindo o modelo asilar, de certo modo, visto que concentravam suas atividades na especialidade e defendiam um modelo assistencial baseado no saber psiquiátrico. Assim sendo, mesmo incorporados em uma política assistencial fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma psiquiátrica, e de serem modelo para várias consultas em psiquiatria e psicologia, esses ambulatórios apontam algumas dificuldades, entre os quais a pouco resultado e baixa circulação com a rede de saúde mental, o que possibilita o ciclo crise- internação-alta-crise- reinternação e a cronificação dos casos atendidos (PAIANO, MATFTUM, HADDAD, MARCON, 2016, p. 2).

Foi identificado nestas pesquisas, referente aos recursos humanos, a ausência de uma política assistencial que determine o funcionamento

dos ambulatorios relacionados à atualização dos profissionais e capacitação; à dificuldade em executar ações de modo conjunto com a rede de assistência; de circulação na rede e portas de saída; e de proporcionar às pessoas com sofrimento mental novas formas de viver em sociedade, fazendo com que as funções desses serviços no atual cenário da Reforma Psiquiátrica sejam indagadas.

Os profissionais se veem diante da responsabilidade de implantar uma proposta de mudança de modelo assistencial, que requer uma ruptura radical com a maioria dos conceitos estudados ao longo dos anos de formação, além de necessitarem rever radicalmente concepções ideológicas e éticas.

Os profissionais graduados estão qualificados para atuar de maneira exclusiva, a ler a realidade de forma fragmenta. Os psicólogos aprendem a realizar terapia centrada no indivíduo e em seu sofrimento privatizado; os médicos são ensinados a medicar; os terapeutas ocupacionais aprendem a coordenar atividades etc. No entanto, esses profissionais têm dificuldades de lidar com a situação dos cotidianos dos usuários, que se desenrola em duras condições sociais quando necessitam do serviço de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) (YASUI, COSTA-ROSA, p.30).

Os profissionais, apontaram outras debilidades na rede de atenção de saúde mental em relação aos recursos humanos, que ocorre uma falta de comunicação entre os profissionais, uma grande rotatividade, que dificulta o estabelecimento de vínculos, a falta de cursos de capacitação da equipe do ambulatório e das UBS, a falta de conhecimento dos dispositivos da rede e dos projetos ofertados dentro do próprio serviço de saúde mental. Esses fatores afetam o tratamento do usuário com sofrimento mental, sendo isso preocupante.

O trabalho em equipe era uma solução para exercer uma boa assistência à saúde mental, e até mesmo se possível mudar o modelo. Mas no decorrer dos anos, a concretização dessa proposta de trabalho em equipes multiprofissionais se tornou um dispositivo burocrático.

Pode-se definir o multidisciplinar com uma somatória de diferentes campos que não estabelecem diálogo e não apresentam nenhuma cooperação entre si necessariamente, mantendo seus limites e fronteiras e olhando sob suas perspectivas e a partir de seus lugares para um mesmo objeto, no caso, o sofrimento psíquico. A equipe multiprofissional, por esta caracterização, já está fadada a ser um apenas um agrupamento de profissionais de distintas áreas que ocupam o mesmo espaço físico. éticas (YASUI, COSTA-ROSA, p.32).

Essa configuração multiprofissional, já analisada e criticada desde muito cedo, está de acordo com a lógica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador que, por sua vez, está em sintonia com a lógica da divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção. Não poderemos obter avanços na superação da estratégia asilar e preventiva, ainda dominantes, sem uma crítica radical à divisão do trabalho e ao processo de produção da atenção vigente no campo da Saúde Mental. Este processo exige um modelo de organização de divisão do trabalho mais coerente com a superação da divisão em especialidades e deverá vir acompanhado da capacidade de vislumbrar formas para alcançar a transdisciplinaridade². (COSTA- ROSA, 1987).

Os profissionais evidenciam carências no preparo para sua atuação em equipe, desconhecido do papel desta equipe na assistência ao paciente e nos benefícios que este modelo traz ao serviço. Há críticas sobre o modelo ambulatorial, porém pouca elaboração sobre como o trabalho em equipe pode trazer soluções e modificações no modelo de assistência e que consolidem os princípios e diretrizes do SUS (GARLA, FUREGATO, SANTOS, p.88).

O movimento da reforma psiquiátrica, propõe mudança ao conceito “doença mental” e a criação de novos serviços de uma rede que sejam destinados a sociabilidade, de transformação e formação de subjetividade que sejam mais que alternativo, substitutivos ao modelo terapêutico, mas sim que proporcione uma melhor qualidade de vida para os portadores de saúde mental (AMARANTE, 1999).

² Transdisciplinaridade supõe a possibilidade de não haver prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes (SEVERO, SEMINOTTI, 2007).

Os profissionais entrevistados apontam que o espaço ambulatorial pode priorizar consultas voltadas no modelo de cura, o que contribui para que a medicalização se acentue como forma principal de tratamento, o que representa um grande risco em continuar essa lógica manicomial em espaços ambulatoriais, e que tende a repensar e tratar o indivíduo como doença, chegando até a propor a anulação da complexidade do ser humano e da loucura, ressaltando a confirmação entre a separação do social e sanitário. Apesar de os serviços serem configurados por equipes de profissionais que deveriam estar atuando no sentido de estimular a socialização, a autonomia e o apoio de participação da família e evitar reinternações. No entanto, a maior parte dos profissionais entrevistados refere promover ações objetivando a autonomia do paciente durante toda permanência dele na Instituição.

Apesar de tais dificuldades, os profissionais enfatizam que tem conseguido bons resultados, e realizar cuidados voltados ao exercício da cidadania, autonomia, ou seja, a ressocialização dos usuários. Mesmo assim, uma rede de serviços de Saúde Mental integrada e o comprometimento da equipe cuidadora é essencial.

Percebe-se a importância em investir na formação de recursos humanos especializados para o trabalho em saúde mental que propiciem mudanças no modelo de assistência pautado na lógica manicomial em busca de uma assistência pautada na lógica psicossocial que considere as potencialidades do ser humano, sua capacidade de estabelecer projetos de vida, suas escolhas e sua habilidade em ser agente de seu tratamento (GARLA, FUREGATO, SANTOS, p.90).

Ocorreram muitos avanços, porém o modelo manicomial ainda não foi totalmente superado enquanto espaço e sua cultura ainda é muito forte, não foi ultrapassado e sua base entra de forma sutil na sociedade, pois ainda estão presentes as forças que sustentam, no entanto não se deve parar nas conquistas feitas (TENÓRIO, 2002).

Inquietar-se com tais aspectos não significa assumir previsões pessimistas, mas estar atento sobre os riscos de se acreditar que o Projeto da Reforma Psiquiátrica está concluído. Ele não está, pois é

um processo dinâmico, com avanços e retrocessos (YALLE, OLIVEIRA, YAMAMOTO, p.321).

Todos profissionais são convidados a reexaminar sua atuação, redescobrir os benefícios que a assistência e o cuidado em saúde, em especial na saúde mental, podem proporcionar na sociedade. Em muitos locais, é necessário rever o papel dos ambulatorios na rede de atenção em saúde mental e seu modo de funcionamento, proporcionando uma integração com o serviço mais humanizado, com uma assistência voltada na lógica psicossocial, propiciando mudanças no modelo pautado na lógica manicomial (GARLA, FUREGATO, SANTOS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso que ora se apresenta, traçou um breve histórico sobre a trajetória da saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil, o qual mostra mudanças significativas que ocorreram ao longo da história. Desenvolvi uma análise situando os acontecimentos que foram um marco na saúde mental.

A consolidação, formação, desenvolvimento e desafios da reforma psiquiátrica, além das relações com as diferentes conjunturas que foram permeando a história recente do país, também foram temas trabalhados a fim de apresentar o processo de luta para consolidação de leis em favor de uma tratamento digno e em liberdade para os portadores de sofrimento mental, ainda que tenha trago mudanças positivas, é permeado por várias lacunas, vem se constituindo de avanços e retrocessos. Para tanto, analisei as leis da saúde mental para confirmar a análise desenvolvida ao longo do trabalho.

A pesquisa realizada nos possibilitou compreender que a efetivação dos dispositivos que compõem a rede revela fragilidades. Isso acontece por relações de forças e interesse do capital em obter lucros. O caráter de cada governo vigente deixa claro isso, quando vem aprovando leis que trazem retrocessos aos avanços já alcançados.

Observei que no último governo e no atual há um acirramento e uma radicalização desse cenário. O então presidente impõe uma “nova” manobra na política de saúde mental no Brasil, que reformula a RAPS e baseando-se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS n.3.588/2017 com sua base de sustentação articulada tanto com o campo de saúde mental, álcool e outras drogas, como os setores conservadores.

Entende-se como um enorme retrocesso as propostas de mudanças

na RAPS ou na Política de Saúde Mental no Brasil que retrocedam o modelo manicomial que é sempre segregacionista, violador de direitos, violento e medicalizante. Além disso excluí os CAPS como portas de entrada na Rede e em substituição, introduz equipes da Assistência Multidisciplinar de Médica Complexidade em Saúde Mental (Ament), e a entrada no CAPS apenas por encaminhamento.

Ao analisar sobre o papel do ambulatório na saúde mental, identifiquei que o ambulatório tradicional que oferece atenção voltada a medicalização, uma atenção médica voltada para a cura, não consegue proporcionar um tratamento digno e ter avanços, porém pode voltar as práticas do modelo manicomial que ainda não foi totalmente superado, pois ainda estão presentes forças que os sustentam. Já as ações do ambulatório da Reforma, que seguem as diretrizes e os paradigmas da Reforma Psiquiátrica tem seus atendimentos centralizados no cuidado com os usuários, apesar de ainda ter dificuldades de se efetivar por falta de recursos e algumas vezes profissionais qualificados na área.

De acordo com as pesquisas que foram analisadas para efetivação desse trabalho, constei ser de suma importância a atuação dos profissionais proporcionando uma integração com um serviço mais humanizado, voltado a lógica psicossocial, e o fortalecimento dos movimentos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. **O cuidado em saúde mental**. In: PINHEIRO, R.; ARAUJO DE MATOS, R. (Org.). Cuidados: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p.221-240.

AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas**: Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: Fernandes M I. (Org) fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP;199. p.47-56

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** .4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.121p.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**.1. ed. São Paulo: Geração Editorial,2013.

BISNETO, José Augusto, **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática / José Augusto Bisneto. – 2. ed. –São Paulo: Cortez,2009.

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

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília,2003.

Brasil. Ministério da saúde. **Residências Terapêuticas**: O que são e para que servem. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, nov/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados- 7**, Ano V, n 7, junho de 2010. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília:2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (SUS). Portaria GM/MS 3088 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS N 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília, DF. 2017 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota Técnica N. 11/2019.**CGMAD/DAPES/SAS/MS.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas de Drogas (CONAD). **Resolução N. 01, de 01 de março de 2018.** Brasília, DF: CONAD, 2018 b.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** 4 ed. Editora Cortez, 2011.

BOSCHETTI, I. et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010b.

CASTRO, Marina Monteiro Castro e. **Humanização em saúde intencionalidade política e fundamentação teórica** / Marina Monteiro de Castro e Castro. Rio de Janeiro, 2015.223f.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA- **Manifesta repúdio a nota técnica “Nova Saúde Mental” publicado pelo Ministério da Saúde.** Fev./2019 Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental- publicada-pelo-ministerio-da-saude/>> Acesso em 26 de maio/2019.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária.** Physis – Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000400911&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: março de 2019.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência.** Revista Libertas, Juiz de Fora, p.227-243. Ago. a. dez .2018.

DUARTE, M.J.de O. **Construindo a rede de cuidados na atenção à saúde mental, crack, Álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos.** In. Almeida, N.L. T. de;

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. (Org). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais: São Paulo: Papel Social, 2014.

DUARTE, M.J. de Oliveira.; PASSOS, R. Gouveia.; GOMES, T.M. da Silva. **Serviço Social, saúde mental e drogas: políticas públicas e direitos humanos**. Campinas, 2017

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974.

FIGUREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001

FUREGATO, A. R. F. OSIGANA, V.L.M, GALERA, S.A.F.; PILLON, S.C. **Instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto**. ABRASME- Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2010.

GARLA, Caroline Clapis; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. **Profissionais de Ambulatório de saúde mental: perfil práticas e opiniões sobre as políticas**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis.

IAMAMOTO, M V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico – metodológica**. São Paulo: Cortez / Celats, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo. Cortez, 1999.

JORGE, Maria Salete Bessa; Bezerra, Luciene Moreira. **Inclusão e Exclusão Social do Doente Mental no Trabalho: Representações Sociais**. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07>> Acesso em 20 outubro 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu:” **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**”. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MERHY, E.E. et al. **Pesquisadores IN- MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MONTAÑO, Carlos. **O Serviço Social frente ao neoliberalismo**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n.53, 1997.

PAIANO, Marcelle; MAFTUM, Mariluci Alves; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MARCON, Sonia Silva. **Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais.** Texto Contexto Enferm, 2016.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. Políticas de Saúde Mental no Brasil: **O processo da Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.2016/01).** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, 2004. 244 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Disponível em: <<http://thesis.iciet.fiocruz.br/pdf/pereiracd.pdf>> Acesso em 04 setembro 2018.

SILVA, FILHO, J.F. **O ambulatório e a psiquiatria.** Cadernos IPUB. Rio de Janeiro, n.17, p.17-20,200.

REIS, VILMA. **Nota em Defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma Política de Saúde Mental digna e contemporânea.** ABRASCO,2019. Disponível em:<<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatrica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550>> Acesso em Abril de 2019.

SANTOS, Yalle Fernandes dos Santos; OLIVEIRA, Isabel Maria Farias Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. **O ambulatório de saúde mental no contexto de reforma psiquiátrica em Natal, RN.** Psicol. Argum. Out/dez, 2009.

SEMINOTTI, Nedio; SEVERO, Silvani Botlender; **Integralidade e Transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** Ciências. Saúde coletiva.v.15 Suple.1 Rio de Janeiro –junho 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700080> Acesso em agosto/2019.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v.9, p.25-59, jan./abr.2002.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios ambiciosos (2001).

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais.** Vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec,2008b.

VASCONCELOS, E.M. **Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos**

impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. In: Cadernos brasileiros de saúde mental, da ABRASME, v.4, n.8, 2012a.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. **A Estratégia Atenção Psicossocial:** desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, vol.32,2008 – Centro Brasileiro de estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.

YASUI. S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2010.

VASCONCELOS, E.M. **Reforma psiquiátrica, temos sombrios e resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas, Papel social, 2016.

VVAA. **Carta de pinhais e Recomendações ao Ministério da Saúde.** Pinhais: I Encontro Nacional da RAPS, 06 de dezembro de 2013. Disponível em:<<http://saudementalnauerj.blogspot.com/2013/2012/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-em.html>>Acesso em março 2019.