



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA PINHEIRO DO ROSÁRIO OLIVEIRA LEITE

Revisitando as Políticas de Saúde Mental no Brasil

Belém/PA
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCENTE: LARISSA PINHEIRO DO ROSÁRIO OLIVEIRA LEITE

Revisitando as Políticas de Saúde Mental no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção de Grau em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Luciléia da Silva Pereira

**Belém/PA
2011**

LARISSA PINHEIRO DO ROSÁRIO OLIVEIRA LEITE

Revisitando as Políticas de Saúde Mental no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do
Pará como requisito para obtenção de Grau em
Enfermagem.

Data da aprovação: / /2011.

Banca examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciléia da Silva Pereira
Doutorado em Enfermagem
Universidade Federal do Pará, UFPA.

Examinador (a): Prof^a. Dr^a. Jacira Nunes Carvalho
Doutorado em Enfermagem
Universidade Federal do Pará, UFPA.

Examinador (a): Prof^a. Ma. Maria Selma Carvalho Frota e Silva
Mestrado em Enfermagem
Universidade Federal do Pará, UFPA.

***Dedico** esta monografia a minha mãe Mariléa Rosário, que em nenhum momento mediu esforços para a realização dos meus sonhos, que sempre esteve incansavelmente ao meu lado, me guiou pelos caminhos corretos, e que é a principal responsável pela realização deste. Tenho imenso orgulho de ser sua filha. Amo você.*

Larissa Rosário

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, por me guiar e iluminar meu caminho, renovando minhas forças, diante das barreiras, para que pudesse realizar este trabalho.*

*Aos meus pais **Ivam Oliveira e Mariléa Oliveira**, pelo amor, carinho, dedicação e apoio em todos os momentos, o incentivo que sempre recebi foi fundamental para essa conquista.*

*A minha irmã **Thalyta Oliveira**, que apesar da pouca idade soube escolher as palavras certas nos momentos em que mais precisei, é muito bom poder contar com sua amizade.*

*Ao meu esposo **André Leite**, pelo companheirismo, amor e por estar sempre presente. Muito obrigada pelos momentos felizes, por tudo que fez e faz por mim.*

*A **minha família**, que sempre incentivou e acreditou na concretização desta etapa tão importante da minha vida.*

*A **Profª. Drª. Luciléia Pereira**, que foi mais que orientadora, foi amiga. Obrigada por ter me acolhido em um momento tão difícil, por acreditar na minha capacidade e por ser a responsável pelo imenso carinho que tenho hoje pela saúde mental.*

*A **turma de enfermagem**, pelos momentos que deixarão saudade, pelas experiências e conhecimentos trocados. Em especial aos amigos **Talita, Suziane, Emanuelle, Luma e Nonato**, pelo apoio e companheirismo.*

*A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.*

“Mesmo que lutar seja doloroso é necessário que lutemos, pois nenhuma conquista vem sem luta, e nenhuma liberdade é alcançada sem derramar suor por ela.”

Celso Gondim

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo refletir sobre os princípios da reforma psiquiátrica como uma possibilidade de assistência integral do sujeito. Deu-se através de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Medline e Lilacs (2001 a 2011), com os seguintes descritores: políticas de saúde mental, reforma psiquiátrica e desinstitucionalização. Trata da história da psiquiatria no Brasil e no Pará, abordando os acontecimentos que modificaram a assistência ao portador de transtorno psíquico, evidenciando o processo da reforma psiquiátrica, que tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva das práticas asilares por outros modelos terapêuticos exigiu e ainda exige esforços da sociedade como um todo, que se apoiam em políticas de saúde mental, para que se garanta a cidadania do doente, seus direitos e atentando para a sua singularidade. Tal assunto vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. No Pará, o processo de mudança na assistência à saúde mental acontece com certo atraso em relação a outros estados, mas proporciona ao doente um atendimento mais humano utilizando-se de modelos substitutivos de assistência. A atenção em saúde mental ainda tem muito a avançar, as dificuldades que sabemos existir no funcionamento da rede, não pode ser maior que a vontade de lutar para que consigamos cada vez mais a melhoria da qualidade de atenção a essas pessoas, fazendo valer os esforços de outras gerações e para que a Reforma Psiquiátrica não se esgote na aprovação de leis, entendendo que cada uma dela é o começo de mais uma longa trajetória a ser percorrida.

Palavras chave: Política de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

ABSTRAT

The present study aims to reflect on the principles of psychiatric reform as an opportunity for comprehensive care of the subject. Took place through a literature search in electronic databases Medline and Lilacs (2001 to 2011), with the following keywords: mental health policy, psychiatric reform and deinstitutionalization. This is the history of psychiatry in Brazil and Pará by addressing the events that changed the service to people with mental disorders, highlighting the process of psychiatric reform, which is a major focus with the deinstitutionalization of mental hospitals and consequent deconstruction of paradigms that support it. The progressive replacement of asylum practices by other therapeutic models required and still requires efforts of society as a whole, which rely on mental health policies, to ensure that the citizenship of the patient, their rights and attending to their uniqueness. This issue has been the subject of discussion not only among health professionals, but also throughout society. In Pará, the process of change in mental health care occurs with some delay compared to other states, but gives the patient a more human model using substitute care. The mental health care still has long way to go, we know the difficulties that exist in network operation, can not be greater than the will to fight so that we can increasingly improve the quality of care to these people, validating the efforts other generations and for the Psychiatric Reform is not exhausted by passing laws, understanding that each one of them is the beginning of another long journey to go.

Keywords: Mental Health Policy; Psychiatric Reform; Deinstitutionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Alienados atrás de grades.....	38
Figura 2 – Planta de Belém, 1905.	40
Figura 3 – Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.....	41

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
Ciaspa	Centro Integrado de Assistência Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
REME	Movimento de Renovação Médica
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
URPS	Unidade de Reabilitação Psicossocial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	12
1.1. Objetivos.....	14
1.2. Justificativa.....	15
1.3. Metodologia.....	15
2. POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIATRICA.....	18
2.1. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil.....	18
2.2. Contextualizando a reforma psiquiátrica no Brasil	23
2.3. Avanços e dificuldades na Política de Saúde Mental.....	33
3. UMA BREVE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO ESTADO DO PARÁ	37
3.1. O nascimento da assistência psiquiátrica no Pará	37
3.2. A influência da Reforma Psiquiátrica no Pará.....	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
5. REFERÊNCIAS	47

1. ■ *ntrodução*

1. INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica implantado em meados da década de setenta do século passado surgiu da reflexão acerca do saber e da prática psiquiátrica, tomando por base os movimentos psiquiátricos desencadeados nos Estados Unidos e na Europa, sobretudo na Itália, no final da década de 60, com a promoção da maior ruptura epistemológica e metodológica entre saber e prática na psiquiatria, denunciando e questionando o modelo asilar de atenção até então vigente.

As instituições responsáveis pelo aprisionamento das pessoas com sofrimento psíquico tinham como finalidade retirá-las do convívio em sociedade, não visava o tratamento do sujeito. Segundo Foucault (1979) o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que surgiu no fim do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece em meados de 1780. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, o paradigma de exclusão e separação eram características desses espaços. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Sendo assim o hospital era visto como um ‘porto seguro’, o local onde os doentes eram esquecidos e já não representavam perigo. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. Ainda com Foucault:

Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.

Portanto os manicômios são as instituições cujo fim é abrigar, recolher ou dar algum tipo de assistência aos "loucos". No século XIX, conhecido como século dos manicômios, cresce com significância a prática do hospital psiquiátrico, já com a função de dar um atendimento médico sistemático e especializado. Inicia-se neste período a prática de retirar os doentes mentais do convívio social para colocá-los em um lugar específico. Esses espaços abrigavam juntamente os doentes mentais com marginalizados de outras espécies.

Mesmo com alguns avanços na área da psiquiatria, os doentes ainda tinham assistência precária, desprovidos de direitos, isolados em condições desumanas, o que acabava resumindo-se em cronificação e exclusão, muitas vezes os hospitais psiquiátricos tornavam-se a 'casa' dessas pessoas. Mas, um grupo de sanitaristas e intelectuais da época iniciou no meio acadêmico, movimentos que criticavam o modelo asilar, propondo mudanças significativas no saber e na prática psiquiátrica, inicia-se assim o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Oliveira & Alessi (2003) comentam:

Ao final da II Guerra Mundial, vários movimentos de contestação do saber e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial. Eram movimentos de "reforma" da assistência psiquiátrica no sentido de apontarem para um rearranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pelo movimento italiano, a partir de 1960. No final dos anos 1970 e início de 1980, período marcado pelo final da ditadura, falência do "milagre econômico", suspensão da censura, reorganização da sociedade através do ressurgimento dos sindicatos, partidos políticos e retorno ao Estado de Direito, as ideias de Foucault, Goffman, Castel, Szasz, Basaglia e outros tiveram forte influência.

Já no período político da Nova República, o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica incorporou-se ao aparelho de Estado e a crítica original da cientificidade da medicina/psiquiatria e da neutralidade da ciência cedeu espaço para a ideia de que uma nova administração estatal resolveria os problemas de saúde mental da população. Trata-se de momento institucionalizante do processo. No terceiro momento, o da desinstitucionalização, cujo lema *Por uma sociedade sem manicômios*, retrata a medida do resgate da crítica da institucionalização da medicina/psiquiatria, propõem-se mudanças no modelo de intervenção: as macro políticas cedem espaço para a reinvenção do cotidiano e enfatizam-se experiências localizadas.

Para Hirdis (2008) a superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político em importantes eventos

onde se começava a questionar o modelo de assistência à saúde mental, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

Podemos chamar de revolucionárias as mudanças ocorridas nas instituições psiquiátricas e na assistência da área da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica, houve uma humanização no tratamento não mais focado na doença, mas no doente, na pessoa merecedora de tratamento digno como qualquer outra (RIBEIRO, 1996; GOULART, 2006). A partir do amadurecimento, questionamento e ampliação do estudo destes conceitos que se chegou às mudanças que hoje assistimos na área de atuação em Saúde Mental.

A partir de movimentos teóricos e políticos surge uma nova concepção de saúde mental, em que esta é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, das sociedades e das comunidades, criando assim uma nova visão a respeito tanto do tratamento como do próprio doente.

Assim, passou-se a acreditar na necessidade de escrever uma nova história na área da saúde mental que não se fundamentasse na exclusão, no isolamento, na violência ou na opressão, mas sim uma história de acolhimento e de respeito pelo sujeito, com valorização da sua subjetividade e que promovesse a união, sendo a equipe e as estruturas de saúde organizadas de forma mais eficaz no que tange o cuidado ao portador de sofrimento psíquico, cujo número cresce em progressão geométrica.

1.1 OBJETIVOS

Geral

- Refletir sobre os princípios da reforma psiquiátrica como uma possibilidade de assistência integral do sujeito.

Específicos

- Mostrar a contribuição da reforma psiquiátrica para o tratamento e bem estar dos portadores de sofrimento psíquico;
- Identificar os avanços no campo das políticas em saúde mental e suas implicações para a assistência ao portador de transtorno psíquico;
- Conhecer a assistência à saúde mental no Estado do Pará, bem como o seu processo histórico.

1.2. JUSTIFICATIVA

O surgimento de novas possibilidades de tratamento psiquiátrico trouxe-nos a preocupação de investigação do curso histórico em que essas mudanças aconteceram. Despertou-se o interesse quanto ao entendimento sobre a consequência das novas políticas em saúde mental, no contexto da assistência ao portador de transtorno psiquiátrico, as mudanças que elas representaram, constituindo-se esta pesquisa numa busca de reflexão sobre o processo de mudança teórico/prática de atenção em saúde mental, uma tentativa de contribuir para um repensar sobre os saberes e práticas no campo da psiquiatria no Brasil e no Pará.

A iniciativa de realização desta pesquisa se deve ao fato da importância da reflexão sobre o processo de reforma psiquiátrica, bem como suas implicações para o atendimento do sujeito, visando sua singularidade e bem-estar. As reformas na estrutura dos serviços de saúde no Brasil, mais especificamente na assistência psiquiátrica, embora em processo, tem pressupostos básicos da não institucionalização e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental.

1.3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de bibliografia a respeito das políticas em saúde mental no Brasil, e no Pará. Primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Medline e Lilacs, considerando artigos apenas em língua portuguesa, compreendidos no período de janeiro de 2001 a outubro de 2011. Os termos de busca utilizados foram: políticas de saúde mental; reforma psiquiátrica; e desinstitucionalização.

Os resumos dos artigos foram lidos e em seguida selecionados artigos de revisão sobre o tema em questão. Como complemento da pesquisa utilizou-se das referências dos artigos selecionados para busca de novos artigos, dissertações, teses e capítulos de livros não encontrados na busca inicial.

É necessário que se fale aqui da grande dificuldade enfrentada quanto ao desenvolvimento do estudo sobre a história da psiquiatria paraense. Infelizmente temos pouquíssimos conteúdo desse processo histórico tão importante.

2. Políticas em saúde mental e a Reforma Psiquiátrica

2.1. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil

Para chegarmos ao conceito que temos hoje sobre saúde mental passaram-se muitos anos. Os „loucos“ eram vistos pela sociedade como pessoas que necessitavam de exclusão, por não serem dignos de convívio com o resto da sociedade. No entanto, mesmo antes de serem considerados fardos, improdutíveis, não merecedores do convívio em sociedade, já havia um olhar negativo em se tratando dos transtornos psíquicos. Ribeiro (1996) descreve muito bem essa visão:

Na antiguidade, as perturbações mentais eram atribuídas a demônios. Na idade Média, era prática corrente a associação à feitiçaria – doença mental, pensamento que persistiu até a metade do século XVIII, sendo responsável por torturas e condenações à morte daqueles considerados “loucos”. Crenças sem o mínimo respaldo científico (como acreditar que a doença mental era castigo de Deus, que a violência era necessária para o tratamento, que a utilização de correntes e celas escuras era a melhor forma de manter o paciente tranquilo e sem incomodar os ditos “normais”) eram responsáveis pelas mais desumanas condições de vida dos portadores de distúrbios mentais.

O “louco” passou a ser visto como aquele que transgride ou ignora a moral racional. É neste contexto que surge a associação com a periculosidade, a relação entre a falta de controle com o perigo, gerando assim o sentimento de medo, que perdura até os dias de hoje. Além da periculosidade que os loucos passaram a representar, foram também incluídos no rol do improdutíveis, como mostra Alves (2009):

A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, e que traz consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade. Atrelado a isto, no século XVII, com o Mercantilismo, dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos.

Contudo é indefinido o momento exato na história da psiquiatria em que se originou a ideologia de exclusão dos portadores de transtorno psíquico. Para Ribeiro (1996), nos

primórdios da psiquiatria a ênfase era a doença e suas implicações, os manuais de formação acadêmica dos profissionais da área voltavam-se para a sintomatologia e o tratamento da doença, e praticamente a ação profissional restringia-se à do psiquiatra. O sujeito não era o foco, a individualidade e bem-estar desse ser humano eram desconsiderados.

No Brasil, assim como no resto do mundo, a solução para que os „loucos“ saíssem do convívio com os ditos „normais“ foi através de asilos, que eram na verdade depósitos dos marginalizados.

A vinda da Família Real Portuguesa em 1808 a cidade do Rio de Janeiro foi a causa direta da construção do primeiro asilo no Brasil. Foi nesta época que foram construídos os primeiros asilos, que passaram a abrigar doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX (MESQUITA *et al*, 2010; GONÇALVES & EDLER, 2009).

Mesquita (2008) discorre sobre o tratamento destinado aos marginalizados:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos.

Percebe-se que o recolhimento dos alienados não tinha finalidade terapêutica, de dar assistência aos portadores de sofrimento psíquico, mas sim esconde-los, confinar o “problema” entre paredes, fazer uma “limpeza” na cidade que agora seria capital da colônia brasileira.

A criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, e também da América Latina, determinado pelo Decreto Imperial nº 82, aconteceu dias depois da coroação do jovem imperador Dom Pedro II no ano de 1841. Localizado na periferia da cidade o novo hospício pertencia a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com firme apoio do Ministro de Estado e Provedor da instituição José Clemente Pereira. Em 1842 o Hospício D. Pedro II começa a funcionar em instalações provisórias já recebendo os alienados que estavam nas enfermarias da Santa Casa. Mas é apenas em 1852 que o hospício começa a receber os loucos

oficialmente, estes seriam admitidos em quatro categorias, os indigentes (não pagantes), pensionistas de 1ª, 2ª e 3ª classe, para esses últimos eram estabelecidas cotas diárias de acordo com a classe (GONÇALVES & EDLER, 2009).

Durante os 37 anos de existência do hospício muitas irregularidades foram apontadas, principalmente no que tange a admissão dos alienados, em especial nos seus últimos anos. Mesquita (2008 apud Rocha 1989) discorre sobre o aspecto socioeconômico dos loucos naquele momento, mostrando que nas revistas de psiquiatria brasileira, foi difícil encontrar um caso clínico em que o doente de hospício não fosse em geral, negro ou de pouco poder econômico, como os imigrantes, concluindo assim que o asilo se associava à pobreza. Corroborando Gonçalves & Edler (2009) explicam que o interesse de diversas famílias, senhores de escravos, e setores do governo, era utilizar o hospício como um depósito de alienados incuráveis, tratados como indigentes. Já os médicos defendiam a preferência àqueles que apresentassem possibilidade de cura ou representassem perigo para suas famílias.

O Hospício Pedro II transforma-se, em 1890, por decreto em Hospício Nacional dos Alienados devido a instauração da república federativa presidencialista de governo no Brasil, em 1889, derrubando a monarquia constitucional parlamentarista do Império do Brasil, tendo fim a soberania do imperador Pedro II.

Também em 1890, no Rio de Janeiro, foi criada a primeira escola brasileira destinada à formação de pessoal de enfermagem para atuar no campo da assistência psiquiátrica, até os anos quarenta, tal tarefa foi assumida pelos próprios psiquiatras, em várias cidades, através da criação de escolas de enfermagem nos próprios estabelecimentos psiquiátricos. O principal motivo alegado pelos psiquiatras para se encarregarem da formação dos agentes de enfermagem era a respeito da inexistência de pessoal qualificado para tal ocupação no país e a pretensão de moralizar os trabalhadores que então assistiam às pessoas internadas nas instituições psiquiátricas, o que gerou um círculo vicioso, e a assistência aos alienados continuava precária (KIRSCHBAUM, 1997).

Nesse mesmo contexto histórico, após a proclamação da república, a ciência passa a ter maior influência no tratamento dos pacientes, houve uma reestruturação no hospício, que agora perderia o vínculo com a Santa Casa. Segundo Rocha (2005) Juliano Moreira em meados de 1903, tentou trazer a humanização em saúde mental para a descaracterização do hospício, tornando a instituição o mais próximo possível de um hospital geral. Nessa época

foram abolidas as medidas de contenção como coletes e camisas de força, e proposta a admissão voluntária dos pacientes. Juliano Moreira afirmava também que a busca da otimização do cuidado com os internos implicava em compreender o alienado como doente, e que era necessária uma seleção de enfermeiros que tivessem mais “disposições naturais” para esse tipo de atividade.

Já nas décadas de 20 e 30, observa-se uma intensa movimentação no campo da assistência psiquiátrica no país, que esteve diretamente relacionada com as transformações por que vinha passando o Estado e a sociedade brasileira neste período. Trata-se de um momento histórico marcado pela publicação de sucessivos decretos federais e estaduais que reorganizam a assistência psiquiátrica, ora visando ampliar o número de hospitais psiquiátricos públicos; ora disciplinando as relações de trabalho entre os diferentes agentes que atuavam no interior do espaço asilar; ora organizando escolas de enfermagem nas próprias instituições psiquiátricas. Nos anos 30, ocorre ainda uma maior centralização administrativa, mediante a criação de órgãos centrais, aos quais passam a se subordinar os diversos estabelecimentos psiquiátricos distribuídos pelos estados e distrito federal. A coordenação de tais órgãos passa a ser atribuída exclusivamente aos psiquiatras (KIRSCHBAUM, 1997).

Nesse momento, em que a psiquiatria avança no campo de atuação e passa a ter reconhecimento como especialidade médica, há uma busca de novas técnicas e instrumentos a serem utilizados nos tratamentos, nasce o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a eletroconvulsoterapia, entre outros. Os transtornos mentais, em todo Brasil, eram submetidos a um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos.

Para entender em que proporções essas internações ocorriam pode-se citar uma legislação datada de 1934 (Decreto nº. 24.559), que permaneceu em vigor no Brasil até o ano de 2000, que tratava de doentes mentais, e autorizava internação de pessoas pelo fato de não se adequarem aos padrões aceitos pela sociedade. Por vezes esses “sequestros” duravam muitos anos e até a vida toda, e percebe-se altos índices de mortalidade e segregação dos usuários.

Essas pessoas eram desprovidas de direitos civis, os artigos 9º, 10º e 11º deste Decreto exemplificam isso:

“Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atente contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação.”

Fica evidente que os hospitais psiquiátricos tornaram-se solução para todo e qualquer tipo de comportamento que de alguma forma perturbasse a sociedade, além da cronificação intensa das doenças mentais e forte exclusão social, esses hospícios já não conseguiam abrigar o grande número de internos. Goulart (2006) retrata esse processo:

Não é difícil entender porque se dava o fenômeno de superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. A indefinição na qualificação do que seja um comportamento doentio que justifique um sequestro, o ato de privar alguém de liberdade retendo-o em cativeiro sem o crivo de um processo legal, e a possibilidade de qualquer pessoa poder efetivá-lo não merece maiores comentários. A suspeita de doença mental significou, nos padrões tradicionais de assistência, precisamente um contraponto à cidadania. Os doentes mentais, sob o crivo de um registro médico, que nem sempre se fazia acompanhar de um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída a priori.

É nesse contexto de superlotação dos hospitais públicos que nasce o hospital psiquiátrico privado transformando a doença mental em uma máquina de fazer lucros, traduzindo-se em desassistência. Nos anos setenta e oitenta crescia cada vez mais o número de hospitais psiquiátricos privados onde os internos permaneciam confinados por um longo período da sua vida.

Mas a insatisfação da sociedade era crescente, durante o século XIX ocorreram várias iniciativas de reforma psiquiátrica no Brasil, podemos citar Nuno de Andrade (1882), Teixeira Brandão (1886) e Juliano Moreira (1903) que questionavam fortemente a assistência destinada aos pacientes, mas foi no século XX que houve fortes críticas ao modelo asilar, ressaltando sua ineficácia, surgindo modelos alternativos de terapêutica, como o das colônias agrícolas. Nos anos 60 e 70 do século XX iniciou-se o movimento reformista da psiquiatria comunitária, propondo um tratamento diferenciado daqueles que eram oferecidos nas instituições psiquiátricas.

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

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial, o movimento ganhou força especialmente na segunda metade do século XX. A influência do seu ideário vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde (BEZERRA, 2007).

2.2. Contextualizando a reforma psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 70, durante a ditadura militar, “cuja política de saúde acaba priorizando a expansão da assistência com a compra de leitos em hospitais privados” (ZAMBENEDETTI, 2008) época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos iniciando assim o período de queda do modelo manicomial. (FERREIRA, 2006).

É necessário, para que se entenda a reforma psiquiátrica, compreender que o movimento é resultado do momento de intensa insatisfação. Perante a sociedade o Estado baseava sua política na desigualdade e exclusão de direitos, e apesar dos gastos excessivos no uso da rede privada, nada surtia efeito. Ferreira (2006) exemplifica:

Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social - INAMPS gastava 95% do fundo de saúde mental com 269 hospitais da rede privada e em 1981 com 357. É a partir daí que se tornam inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor, que passa a entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas segundo fatores econômicos, políticos e ideológicos.

Com essa preocupação, em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organizado por sanitaristas e intelectuais que, através do meio acadêmico iniciaram um movimento pela democratização da saúde, dando início ao ideário da Reforma Sanitária Brasileira, que agora era sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico crítica. Foi de grande relevância a contribuição do CEBES, contemplando os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária. Mesmo que o debate desenvolvido não chegue a configurar um novo paradigma, teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social (FLEURY *et al*, 1997; FERREIRA, 2006).

Com base nas limitações observadas em relação ao modelo dominante de assistência e à crise gerada no setor saúde, começam a surgir, na década de 1970, propostas de reorganização da assistência em saúde, a partir de um projeto de reforma sanitária. Entendendo o movimento sanitário como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto, três tipos de práticas foram identificadas para a sua caracterização: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais) (FLEURY *et al*, 1997; SILVA & ZAMBENEDETTI, 2008).

A reforma psiquiátrica no Brasil teve forte influência das ideias e dos movimentos de reforma da Europa e da América do Norte, em particular do ocorrido na Itália. No final dos anos setenta e ao longo dos anos oitenta, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente explodiu no Brasil.

É em 1978 que acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. Pela primeira vez, conhecíamos mais a fundo a “Psiquiatria Alternativa” além do Preventivismo comunitário norte-americano.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia realizou, em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, uma série de seminários. Ele divulgou o trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizara em Trieste, localidade do norte da Itália, e a então recém-aprovada legislação italiana (Lei 180, de 13 de maio de 1978) que previa o resgate de cidadania do doente mental, regulamentava a internação compulsória e estabelecia a progressiva extinção dos manicômios. O trabalho de Basaglia e de sua equipe influenciou fortemente nos rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa, ressurgiram assim diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização e da humanização ao portador de sofrimento psíquico com objetivo de promover a reinserção social (GOULART, 2006; MESQUITA *et al*, 2010).

Amarante (1995) divide o percurso da reforma psiquiátrica brasileira nas três últimas décadas (fim dos anos 70 até 1990) em três momentos distintos, de acordo com a tendência: a alternativa, a sanitarista e a da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

A fase alternativa inicia-se no período da ditadura militar, no contexto de combate ao autoritarismo Estatal, nesse momento vivíamos a repressão às formas de associação e participação e a violência que foram típicas desse período. Nesse cenário de revolta da população crescia o desejo do povo brasileiro por melhores condições de vida, fato este responsável pela “luta por anistia e revitalização da sociedade civil brasileira, com o ressurgimento dos movimentos de protesto, a multiplicação dos movimentos sociais e a reorganização da sociedade política” (GOULART, 2006).

Também nesse período vivia-se uma situação financeira internacional desfavorável, caracterizada por uma recessão mundial, colocando a economia brasileira, devedora e tomadora de empréstimos, em mais uma grande e grave crise, esse agravamento dos problemas econômicos que o país enfrentou, favoreceu o processo da Reforma Sanitária, por conseguinte o da reforma psiquiátrica. A esse respeito Yasui (2006) comenta:

Foi nesta conjuntura desfavorável que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começam a se apresentar, no cenário nacional, como um processo não apenas de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas como um projeto de redemocratização. Institui-se a partir deste quadro uma agenda reformista do setor saúde formulada e consolidada ao longo dos anos 70, sob a liderança das forças políticas democráticas tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação do sistema de saúde.

Costa-Rosa (2007), ao discutir sobre este período afirma que “é num contexto de crise geral, sobretudo política, econômica e que se travará uma série de movimentos pela reformulação da Atenção em Saúde Mental no Brasil”. Nasce assim o pensamento crítico sobre a natureza e a função social do fazer, das práticas médicas, dando origem em 1978 ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Amarante (1995) conceitua o MTSM como “o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade em saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”. Neste, “buscavam-se mudanças genéricas na assistência psiquiátrica” (MOSENA, 2009), combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário.

O MTSM era “formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005). É importante frisar que a crítica nesse momento era sobre os excessos ou desvios comuns no asilo e na psiquiatria de uma forma geral, e não sobre os pressupostos do asilo em si e da psiquiatria.

Nesse momento, somavam-se as ideias de humanização, reinserção e desinstitucionalização de Basaglia, o tratamento destinado aos portadores de sofrimento psíquico foi fortemente criticado, agora em esfera nacional registrado e comentado pela mídia. A sociedade já não tolerava a assistência precária e indigna que essas pessoas recebiam, assistência considerada dispendiosa e cronificadora, é nesse momento que várias associações profissionais de psiquiatria e psicologia, como exemplo pode-se citar a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Movimento de Renovação Médica (REME) e o CEBES, denunciam o modelo de assistência vigente, fato este importantíssimo para o desencadeamento das transformações que ocorreriam na área da saúde mental. Vale ressaltar

que estes seriam mais tarde os protagonistas do chamado Movimento de Luta Antimanicomial brasileiro (FERREIRA, 2006).

O segundo percurso da reforma psiquiátrica brasileira origina-se no início dos anos 80 simultaneamente a Reforma Sanitária, que estava em evidencia e questionava as condições de vida a que eram submetidos os doentes. Para Pereira (2010):

A luta pela reorganização do sistema de saúde partia de um questionamento sobre a relação entre saúde e condições de vida, incluindo os seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Propunha-se uma ampla redefinição do papel do Estado, com a assunção da saúde como direito social universal.

Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Em 1986 acontece a VIII Conferencia Nacional de Saúde, considerado um marco histórico nas políticas de saúde, teve forte apoio do MTSM, propondo o combate ao modelo asilar e mudanças na legislação, não apenas isso, tinha também como intuito reorganizar o Sistema Nacional de Saúde para melhora da saúde coletiva, Ferreira (2006) comenta:

A intenção era promover a saúde tomando por base a melhoria de vida através de vários fatores como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade e cabendo ao Estado o papel de facilitador dessas condições reivindicando-se a criação do SUS com a separação do Ministério da Saúde da Previdência Social.

É na segunda metade dos anos 80 que se inicia o terceiro momento do processo de reforma psiquiátrica brasileira. Após a I Conferencia Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 no Rio de Janeiro, tem fim a trajetória sanitarista, com propósito de transformar apenas o sistema de saúde, ocorrendo assim o inicio da trajetória de desconstrução, no que tange o cotidiano das instituições, e de construção de um novo paradigma para o transtorno psíquico (AMARANTE, 1995).

É nesse momento que se estabelece o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se constrói a partir de meados dos anos 70, tendo como meta a desinstitucionalização do manicômio, compreendida como um conjunto de transformações de prática, saberes, valores culturais e sociais, em uma conjuntura política, social e econômica de contestação em escala mundial, diversificado nos temas e na sua amplitude, “É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais

que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (MESQUITA, 2008).

Agora, em 1987, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial sofre forte influencia do movimento de psiquiatria democrático italiano, o qual pressupõe uma série de rupturas em relação ao discurso médico-psiquiátrico vigente e que supera modelos teóricos como o da psiquiatria preventiva. Zambenedetti (2008) comenta:

As rupturas que o referencial italiano propõe em relação ao modelo da psiquiatria preventiva acabam por constituir: um novo paradigma de atenção, que deixa de ser o problema-solução/médico-biologicista e passa a ser baseado no paradigma da complexidade/bio-psico-social; um novo objeto, que deixa de ser a “doença mental” e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social; e um novo objetivo, que passa a ser a cura entendida como a eliminação de sintomas nos processos de produção de vida, de sociabilidade e de sentido. A saúde deixa de ser entendida como ausência de doença, podendo ser produzida mesmo no sujeito que tem uma existência atravessada pela psicose. Pois se entende que, além de psicótico, este sujeito é muitas outras coisas (o “doente mental” também pode ser sadio).

Ao enfatizar sua crítica aos pressupostos que sustentavam a instituição manicomial, Basaglia demonstrou que o problema da doença mental está inserido no interior de uma temática política, não sendo um problema meramente biológico. A ênfase prática de sua proposta envolvia, basicamente, a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos focado principalmente na comunidade, que trabalhassem a reinserção destes no convívio em sociedade, composta por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e podendo alcançar também seus familiares. (ANTUNES & QUEIROZ, 2007).

A I Conferencia Nacional de Saúde Mental teve pouco impacto em se tratando do processo de racionalização dos serviços de saúde mental e das reformas institucionais, pois as práticas de segregação já estavam consolidadas, em especial pelo fato de que a “indústria da loucura” estava em xeque, logo, a resistência da hegemonia privada da estrutura manicomial tentava anular as propostas da reforma. Viu-se assim a necessidade de atacar de forma mais incisiva as culturas e práticas asilares, manicomiais, que eram fortemente defendidas pelos donos de hospitais psiquiátricos privados, que eram organizados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (GOULART, 2006; ALCANTARA & LIMA, 2011).

É devido a essa resistência que acontece também no ano de 1987 em São Paulo, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este, dá um passo

adiante na história deste processo, cujo objetivo é extinguir a exclusão e a discriminação, recusando-se a aceitar o papel da violência institucionalizante, e da falta de respeito aos direitos da pessoa humana. É através deste também que se clama pelo fim da mercantilização da doença, da reforma sanitária privatizante e autoritária e principalmente “por uma sociedade sem manicômios”.

Em 1987 inicia-se uma nova prática de cuidado com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, em São Paulo. O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi criado ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental e seguiu uma trajetória própria experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, principalmente da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana (BRASIL, 2005; COSTA-ROSA *et al*, 2007).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira da cidade de São Paulo, diferentemente da experiência de Santos, é uma unidade específica de saúde mental, apresenta-se como um serviço de atendimento dia, e assenta-se no entendimento de que as dificuldades de vida geradas pela doença mental requerem mais do que tratamento através de consultas periódicas. Além disso, fundamenta-se na ideia de que o tratamento de doentes graves exige condições que ambulatorios e hospitais psiquiátricos tradicionais não dispõem. Por este motivo, ao atendimento diurno estão vinculadas outras estratégias como atividades terapêuticas diversificadas e o trabalho em equipe multiprofissional. O modelo inaugurado em São Paulo inspirou, na década de 90, a criação de dezenas de outros CAPS nas mais diversas regiões do Brasil, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental (FRAGA *et al*, 2006).

Com a aprovação da Constituição Federal em 1988 evidenciavam-se a ampliação dos direitos sociais, servindo como “impulso para colocar na agenda o tema da reformulação da política de assistência psiquiátrica no Brasil” (PEREIRA, 2010), é a partir daí que a saúde é caracterizada como direito universal. É instituído assim o SUS, que estabelece os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização político-administrativa, regionalização, participação da comunidade e hierarquização. A Lei Federal nº 8.080 que regulamenta o SUS, estabelece agora uma política para o setor privado que obedece as normas do Poder Público.

Um dos momentos de grande relevância para a continuidade da mudança das práticas e saberes no que tange a assistência na saúde mental é a intervenção na Casa de Saúde

Anchieta em 1989. O município de Santos, São Paulo, é palco do início da construção de uma rede psiquiátrica inteiramente substitutiva ao modelo asilar.

A Anchieta era uma clínica privada conveniada com o INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e funcionava a quatro décadas, sendo responsável por grande parte da demanda de internação asilar da região. A intervenção foi motivada pelas denúncias de mortes, abandono, maus-tratos e superlotação, Mesquita (2008) a esse respeito, conta que a instituição funcionava com 145% de ocupação, com 290 leitos e 470 internos. Na cidade iniciou-se a implantação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), estes funcionam 24 horas, mas, era necessário abrigar alguns pacientes da Anchieta, são criadas assim as primeiras cooperativas e residências terapêuticas. “A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (BRASIL, 2005).

Ainda em 1989, um ano após a criação do SUS, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), o qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, baseando-se na sua substituição por outros recursos assistenciais. Cabe destacar que este Projeto de Lei marca o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, e foi além, proporcionou também a criação de diversas associações de usuários e familiares, assim como inseriu na mídia a discussão sobre as questões da assistência psiquiátrica. (BRITTO, 2004; MESQUITA *et al*, 2010).

O foco agora eram as medidas necessárias para se alcançar bons resultados na saúde mental da população a partir de um modelo baseado em três componentes essenciais: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários, a desospitalização de pacientes internados por longos períodos e a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes.

Reafirmando esses objetivos no anos de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promove a I Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, onde foi aprovada a “Declaração de Caracas”, na qual o Brasil e todos os países da América Latina se comprometeriam em oferecer um atendimento a

saúde mental voltado também as necessidades e aos direitos das pessoas, sendo esta mais integrada na comunidade e no sistema geral de saúde.

Neste documento destacam-se segundo Ferreira (2006, apud OPAS, 1992):

- 1 - A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- 2 - A preservação da dignidade pessoal e os direitos humanos e civis nos recursos oferecidos;
- 3 - A oferta de serviços que garantissem a manutenção do paciente no meio comunitário; e
- 4 - A internação quando fosse necessário em um hospital geral.

Apesar de já caracterizada como um movimento que luta por mudanças na política de saúde, a reforma psiquiátrica reafirma ainda mais este propósito no ano de 1992 com a realização da II Conferencia Nacional em Saúde Mental, que teve grande participação dos usuários do serviço de saúde questionando o saber psiquiátrico frente a uma realidade que eles próprios conheciam bem, e pedindo pelo fim dos manicômios e das praticas asilares. Foi a partir daí que passou a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Com o processo de fragmentação dos hospitais federais e a criação dos CAPS percebeu-se que a questão da moradia é um dos motivos principais da ocupação dos hospitais psiquiátricos e foi necessário demonstrar à sociedade civil e ao Estado que muitos pacientes internados em hospitais psiquiátricos poderiam viver em pequenas moradias, conviver em harmonia com a vizinhança, a um custo menor para o governo, que mantinham quantidades enormes de pacientes internados. Nasceram dessa forma as residências terapêuticas em vários Estados.

Voltadas para a reinserção dos internos de longa permanência no espaço urbano e na comunidade, tais iniciativas tiveram também a função de demonstrar empiricamente a viabilidade da substituição de leitos de moradores por residências no espaço comunitário, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (FURTADO, 2006).

Em fevereiro de 2000, o Governo Federal cria a Portaria 106 instituindo as residências terapêuticas com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental, dando relevo à inserção social do paciente. A organização dos serviços não manicomial, sobretudo a das residências terapêuticas, supõe uma vivência desafiante na reconstrução da assistência psiquiátrica e seu planejamento. É a construção da noção de território, que deve ser entendida como recurso terapêutico, como referência na construção de relações sociais (FERREIRA, 2006).

Outra conquista alcançada na esfera da saúde mental foi a aprovação da Lei 10.216 em 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A referida Lei foi assinada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso dias antes do Dia Mundial de Saúde, que foi em 2001 dedicado a Saúde Mental, a Lei demonstra o reconhecimento da pessoa com transtorno mental como cidadã, como sujeito de direito e passa a ser conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”.

A lei em questão proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo, estabelece que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, tem como finalidade principal, a reinserção social do doente mental em seu meio. Como resultado dessa nova política, o número de leitos em hospitais psiquiátricos vem apresentando um declínio contínuo no Brasil (ANTUNES & QUEIROZ, 2007).

Mas, tal Lei é sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, quando apresentada em 1989, pelo deputado Paulo Delgado, o ainda projeto de Lei nº 3.657 propunha explicitamente a extinção dos hospitais de psiquiatria, nesse longo período, o texto sofreu inúmeras mudanças, que o amenizaram. Mesquita *et al* (2010) comenta que a Lei “não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios”, mas apesar de não ter o impulso extraordinário que o texto original significaria ainda assim proporcionou um novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica.

Embora tenha sido formado num momento em que havia condições propícias para a transformação do modelo psiquiátrico, o Projeto de Lei enfrentou várias dificuldades no percurso para a sua aprovação. Durante doze anos este projeto tramitou pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Na Câmara dos Deputados sua aprovação ocorreu em 1991 e no Senado Federal o substitutivo do senador Sebastião Rocha foi aprovado somente em 2001. A maior resistência ao projeto veio do setor empresarial ligado aos hospitais psiquiátricos que viam no PL uma ameaça de perda de seus rendimentos (BRITTO, 2004).

2.3. Avanços e dificuldades na Política de Saúde Mental

Segundo Gonçalves & Sena (2001), no Brasil a revolução na área da psiquiatria vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada como desospitalização, sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental. O fim dos manicômios é apenas um passo para a melhor resolutividade da atenção, para a otimização do cuidado são necessárias mudanças em diversos aspectos, começando com a reformulação do processo da assistência prestada, ultrapassando os limites das práticas de saúde e atingindo o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

É por este motivo que ainda no ano de 2001 acontece no mês de dezembro, a III Conferencia Nacional de Saúde Mental. O tema “Cuidar, sim. Excluir, não” foi proposto mundialmente pela OMS, mas também teve um tema local, usado como título “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, nesta conferencia foram debatidos os subtemas: financiamento, recursos humanos, controle social e acessibilidade, direitos e cidadania. A III Conferencia Nacional de Saúde Mental ressalta também a importância tanto de cumprir, quanto de divulgar a Lei Federal nº 10.216/01 e de estimular a elaboração de leis que regulamentem as políticas municipais de atenção integral à saúde mental, no que se refere a atenção, reabilitação, ensino e pesquisa, prevenção e promoção de saúde e saúde mental (BRASIL, 2002).

Percebe-se que nesse momento, apesar das dificuldades já era visível as grandes mudanças alcançadas com a reforma psiquiátrica. É nesse contexto de adequação e ratificação das novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental que é regulamentado o auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708 de julho de 2003, conhecido como programa “De volta pra casa”, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com sofrimento psíquico e histórico de longas internações e

abandono, proporcionando-lhes um auxílio mensal que é pago ao beneficiário durante um ano.

No ano de 2009 o Ministério da Saúde retrata em números os avanços na atenção à saúde mental, contabilizando:

- 1.467 CAPS espalhados pelo Brasil;
- 550 SRTs, contemplando 2.480 moradores;
- Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que somam 382 iniciativas em todo o país;
- 2.573 leitos reservados a pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais;
- Em 2001, havia 52.962 leitos em hospitais psiquiátricos, já em 2009, foram reduzidos para 35.604;
- Em 2001, havia 246 hospitais psiquiátricos no Brasil, muitos de grande porte (com até mil leitos). Em 2008, eram 205 hospitais psiquiátricos.

Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas (BEZARRA, 2007).

Mas mesmo com números que mostram um avanço, é necessário que haja uma continuidade nas propostas de melhoria na assistência à saúde mental, afinal ainda temos muito a melhorar, e como exemplo desta continuidade tão importante para a otimização da assistência em saúde mental podemos citar a IV Conferência Nacional em Saúde Mental que aconteceu em 2010, trazendo novas expectativas no campo da saúde mental, incorporando novos desafios na Política Nacional de Saúde.

A IV Conferência Nacional em Saúde Mental – Intersetorial teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, e discutiu sobre saúde mental e políticas de estado no tange a pactuação de caminhos intersetoriais,

também esteve em pauta nesta conferencia as questões relacionadas à Política de Assistência Farmacêutica.

Esta conferencia trouxe importantes questões que precisam de um olhar especial, e porque não, de muita luta para que sejam superadas. Como exemplo, esteve em debate: a criação de novas estratégias para atender os usuários de álcool e drogas, por meio do CAPSad 24h, com inclusão de leitos de desintoxicação; a capacitação em saúde mental as equipes do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), corpo de bombeiros militar e polícias militar e civil; a garantia de financiamento da gratuidade dos meios de transporte público às pessoas com transtorno mentais graves e persistentes e seus acompanhantes, através dos impostos de bebidas alcoólicas e de cigarro, possibilitando acessibilidade ao tratamento; e muitas outras questões que com certeza minimizariam as dificuldades enfrentadas na saúde mental.

Alcantara & Lima (2011) mostram os principais desafios apontados pelo Ministério da Saúde:

- A expansão do CAPS III que em comparação a outros CAPS específicos ficaram aquém do esperado, com a criação de novos dispositivos como este a rede deve aumentar em numero e diversificação;
- Superar a cobertura de residências terapêuticas no país, combaterem o impasse do financiamento e dar celeridade aos processos de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP);
- Aumentar o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa, pois este cobre apenas 1/3 do total de usuários com histórico de longa internação hospitalar;
- Promover a integração e articulação, entre a área da saúde mental e os Hospitais Gerais, de forma que os Hospitais Gerais possam ser parte efetiva da rede de atenção de saúde mental, superando as barreiras do conceito “asilar” de leitos psiquiátricos, oferecendo um serviço de cuidado e retaguarda para os inúmeros casos clínicos diários onde o componente da saúde é relevante; entre outros.

3. Uma breve história da psiquiatria no Estado do Pará

3.1. O nascimento da assistência psiquiátrica no Pará

O processo histórico da psiquiatria no Pará tem início no ano de 1833, na Santa Casa de Misericórdia, que era administrada por cônegos, padres e freiras católicas. Esse hospital é o primeiro que se torna responsável pela assistência pública dos loucos na capital.

Na Santa Casa existiam duas enfermarias destinadas ao confinamento dos portadores de transtorno psíquico, denominada enfermaria dos lázaros, mas não eram capazes de atender a demanda dos pacientes nem tão pouco as suas necessidades humanas básicas, os doentes ficavam atrás de grades e dificilmente saíam de lá. Até que acontece como era de se esperar, devido o crescimento da cidade e, por conseguinte da população, a saturação de tais enfermarias. Pedroso (2008 apud RESENDE 1990) conta sobre o tratamento destinado aos loucos:

As santas casas de misericórdia incluem-nos entre seus hospedes mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas carcereiros, seus delírios reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Figura 1 – Alienados atrás de grades.



Fonte: Ricci & Valentin, 2009.

Com o inchaço das enfermarias da Santa Casa, viu-se a necessidade da construção de um espaço mais amplo para atender a demanda de alienados, cada vez maior.

. É nesse contexto, no atual bairro do Guamá, que é inaugurado em 1871 o Asilo de Alienados do Tucunduba, com sete loucos. “o que seria uma vantagem se transformou num terrível problema” (RICCI & VALENTIN, 2009), as péssimas condições de higiene e o total abandono do governo imperial persistiram nesta instituição.

Mas foi na verdade a questão das fugas, que eram comuns, que chamaram atenção da sociedade, que sentiu-se exposta a periculosidade dos internos e pediu, através de documento com coleções de assinaturas, pela construção de um Hospital de alienados, tendo como argumento central a situação de abandono que os loucos viviam. O governo então atende a proposta apresentada tanto da construção do novo asilo, quanto da exclusão dos alienados.

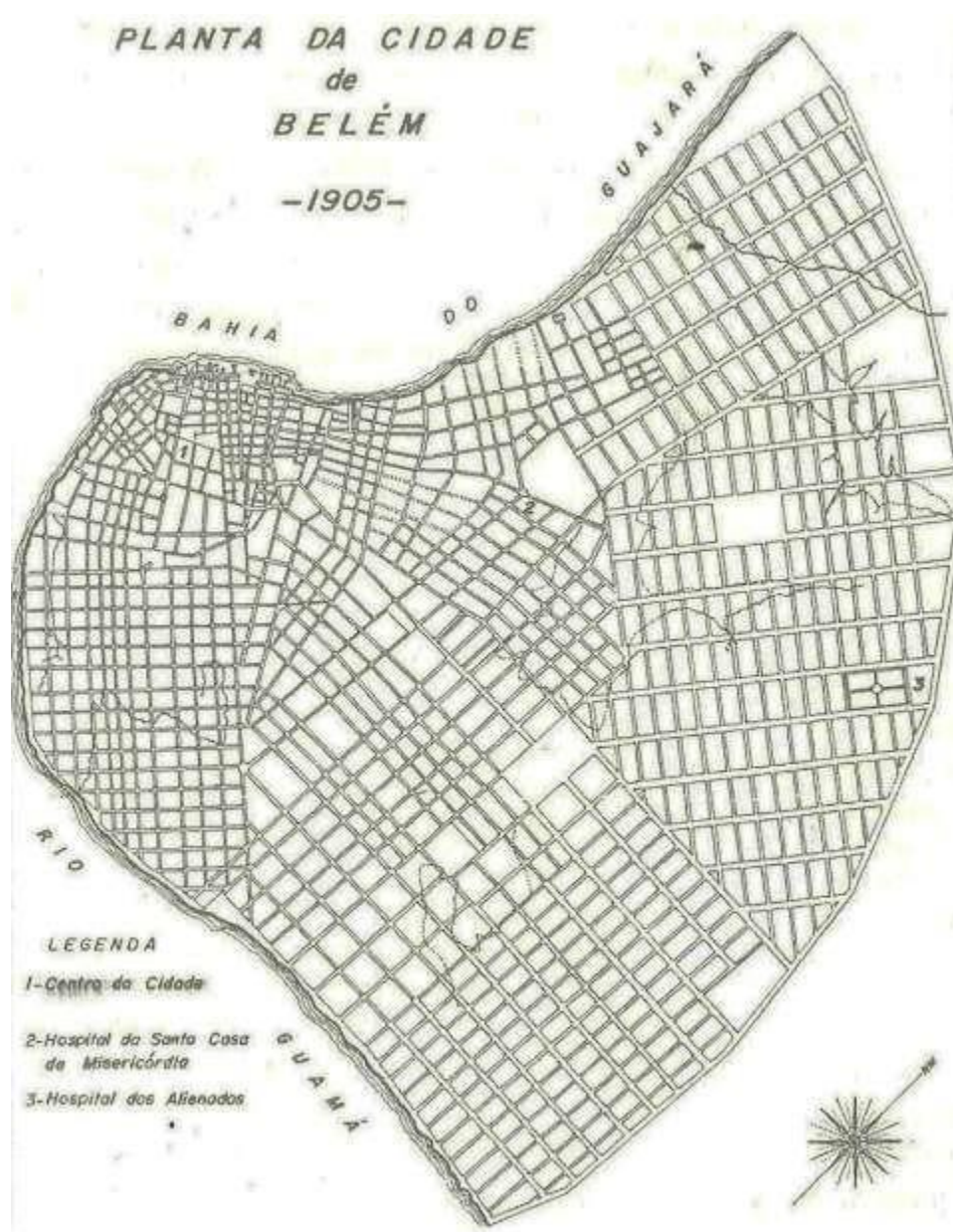
Na década de 1880 inicia-se a política de criação de um moderno sanatório, o primeiro espaço a ser destinado exclusivamente aos loucos. O edifício começou a ser construído em 1889, no bairro do Marco da Légua, onde as famílias usavam para criação de roças e de casas de veraneio.

É perceptível que a inserção geográfica do novo hospício, mostra o ideal de isolamento, de exclusão (Figura 2). A esse respeito Pedroso (2008) diz:

Desde a Santa Casa de Misericórdia, passando pelo Asilo de Tucunduba, até a construção do Hospital dos Alienados e, posteriormente, a idealização do Centro Psiquiátrico, observou-se que a reprodução do ideal de isolamento geográfico-espacial foi a justificativa para o efetivo distanciamento dos loucos

O hospital de Alienados inicia suas atividades em 1892, com uma proposta diferenciada de atendimento, contendo em seu projeto a construção de salas de hidroterapia, com banheiras francesas, que não puderam ser concluídas devido a crise econômica da borracha em 1910. A terapêutica predominante nesse momento passa a ser a eletroconvulsoterapia com a introdução da medicalização e do saber médico, porém ainda com caráter segregacionista (RICCI & VALENTIN, 2009).

Figura 2 – Planta de Belém, 1905.



Fonte: Pedroso, 2009.

Em 1937 o Hospital dos Alienados passa a ser denominado Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (Figura 3), em homenagem ao renomado psiquiatra brasileiro Juliano Moreira falecido naquele ano, que defendia o uso de métodos mais humanos na assistência aos doentes mentais.

Figura 3 – Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.



Fonte: Ricci & Valentin, 2009.

Já na década de 1970 o Brasil vivia o início do movimento de reforma psiquiátrica, apoiado pelo Ministério da Saúde, visando a reformulação da assistência na saúde mental, com a diversificação da oferta de serviços, a regionalização, a reabilitação de ambulatorios e a condenação parcial do grande hospital, porém, na análise de Pedroso (2008), ocorria no Pará um retrocesso na assistência psiquiátrica, pois, apesar de aprovado o projeto do Centro Integrado de Assistência Social do Pará (CIASPA) em 1972, o mesmo tinha a mesma proposta de instituição totalizante. Tal fato pode ser observado a partir da própria escolha para a construção do mesmo, em Marituba, longe da população urbana, tal como o que aconteceu com o Hospício dos Alienados. O CIASPA foi inaugurado apenas em 1982, devido a falta de recursos.

As mudanças começam a acontecer no ano de 1973, quando o Ministério da Saúde preconiza o fim do modelo asilar, com uma política de desospitalização que prioriza o atendimento ambulatorial. Cria-se então, na Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA) a Coordenadoria de Saúde Mental que tinha como finalidade coordenar os Serviços de Saúde Mental do Estado, com a implantação da rede de ambulatorios nos Centros de Saúde. O primeiro destes foi instalado na Marambaia em 1974, onde também tentou-se implantar a Psiquiatria Comunitária, que não vingou devido a falta de interesse dos profissionais do Centro de Saúde (RICCI & VALENTIN, 2009; PEDROSO, 2008).

A sociedade civil paraense, bem como a maioria dos profissionais da psiquiatria, era pouco atuante, não denunciavam nem reivindicavam por melhorias, o que atrasou ainda mais

o processo de mudança tão urgente no âmbito da saúde mental. É só em 1981 que através da I Jornada Paraense de Psiquiatria defende-se através de um encontro organizado, reunindo pessoas atuantes na assistência aos doentes que se pede por um tratamento mais humanizado. Logo após, em 1982, é inaugurado o CIASPA, “que recrudesceu o movimento de abertura a uma práxis ambulatorial” (PEDROSO, 2008).

Entre os anos de 1980 e 1984, o prédio do Juliano Moreira perde parte de sua estrutura física, tendo vários leitos e enfermarias interditados, e ainda sofre um incêndio que impediu a internação de pacientes devido às péssimas condições em que se encontrava, representando risco a funcionários e pacientes. Após isso houve uma diminuição considerável de leitos disponíveis para assistência, praticamente restou apenas o anexo desta instituição, o Hospital Aluizio da Fonseca.

O Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira funcionou regularmente até o ano de 1982, encerrando suas atividades em 1984, com a alta da maioria dos pacientes. Alguns encontram-se até os dias de hoje na Unidade de Reabilitação Psicossocial (URPS), antigo CIASPA. Porém, muitos destes pacientes ficaram vagando pelas ruas da cidade, o que rapidamente chamou a atenção da comunidade que pressionou junto a mídia as autoridades pela solução desse problema. É aí que o Hospital Aluizio da Fonseca transforma-se em uma Unidade de Referencia Psiquiátrica, contendo vários ambulatorios, atendimento de urgência e emergência e trinta leitos destinados a internação breve.

3.2. A influência da Reforma Psiquiátrica no Pará

Em 1989, foi criado a Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, que já possui o modelo de hospital geral, sendo que as tentativas de atendimento a psiquiatria em hospitais mais antigos não resultaram em sucesso, pois o preconceito que rodeia a loucura sempre resultou em negativas para tais propostas.

Com essa conquista, continua de forma efetiva o processo de reforma na psiquiatria paraense. Contando agora com uma Unidade Psiquiátrica dotada de serviços de urgência e emergência, de ambulatório, de enfermarias de internação breve (72 horas) e internação

prolongada (45 dias) e de hospital-dia dávamos um grande passo para o enquadramento no que preconizavam as políticas em saúde mental no Brasil.

Com as essas novas políticas, que determinaram o fim dos manicômios no Brasil, teve fim também no Pará, os hospitais psiquiátricos e as casas transitórias, locais de uso de tratamento com eletrochoque e lobotomia. Os pacientes destas instituições foram incentivados a retornar para o seio da família, mas, para que esse processo fosse possível viu-se a necessidade da criação de uma assistência diferenciada do modelo asilar, porem eficiente no auxilio a esses pacientes. Devido a isso começam a surgir no Estado os primeiros CAPS.

Os serviços substitutivos ao modelo hospitalar, começam a surgir no Pará na década de 90, com a implantação de polos de saúde mental, que eram uma espécie de ambulatórios especializados, contando com equipe multidisciplinar que passam a atender em regime extra-hospitalar, e com serviço hospital-dia. Cinco anos depois se transforma em CAPS. Os primeiros quatro primeiros CAPS, Casas Mentais e as de Álcool e Drogas, possibilitam uma mudança no cuidado em saúde mental.

“Como o novo cenário político, inaugurado com a vitória do governo democrático-popular, o movimento da reforma ganhou forças, realizando inúmeras ações: Criando a Lei Municipal de Saúde Mental (Lei 7892/98) baseada nos preceitos da MLA; realização dos I e II Encontros Estaduais da Luta Antimanicomial, do II Encontro nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental e do Fórum Amazônico de Saúde Mental, ambos em Belém” (RICCI & VALENTIN, 2009).

Nos próximos anos, o atendimento vem se enriquecendo, tanto com a melhor elaboração das políticas em saúde mental, quanto com a melhora do atendimento. “Subiram de 30 CAPS em 2006, para 40 CAPS até o período de 2009, contando com 34 CAPS habilitados no Pará pelo Ministério da Saúde, os demais existentes estão aguardando liberação do próprio Ministério” (ALCANTARA & LIMA, 2011), mas, apesar de ainda estarem aguardando liberação todos estão em funcionamento e atendendo pessoas com transtorno psíquico e usuários com dependência de álcool e outras drogas.

No ano de 2010, a assistência à saúde mental no Pará da um grande salto, com a inauguração da primeira, e única, Residência Terapêutica da região Norte. Localizada no bairro da Marambaia a Residência Terapêutica Campo Verde está atrelada ao CAPS da Marambaia. Conta com 17 cuidadores em sistema de revezamento, e abriga 8 moradores advindos da URP.

Em Belém, a estrutura de atendimento ao portador de sofrimento psíquico é composta pelos CAPS, hospital-dia, Centro de Reabilitação psicossocial, Serviço de Residência Terapêutica, Unidade de Internação Psiquiátrica e Serviço de Triagem Emergencial da FHCGV e Programa de Saúde Mental das unidades básicas de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou o conhecimento acerca da história da psiquiatria no Brasil e no Pará, bem como os avanços alcançados durante a trajetória de luta dos profissionais da saúde mental e da população para os propósitos de desinstitucionalização e humanização na assistência aos portadores de transtorno psíquico, propostos na Reforma Psiquiátrica.

Na construção deste, percebe-se que o Brasil sofre influencia das reformas de diversos países na Europa e na América do Norte, mas, as ideias de Basaglia tiveram importância especial no início das mudanças mais significativas nesse processo. Mas, também constata-se que essa influencia surtiu tamanho efeito no momento em que o Brasil passava pelo período de ditadura militar e em crise geral, inclusive financeira no setor previdenciário, que tinha cada vez mais gastos com a contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos.

A saúde mental atualmente tenta, de certa forma, resgatar a identidade daqueles que por anos eram vistos como portadores de doença mental, “os loucos”, e apenas isso, trazendo com a reforma uma proposição de mudança paradigmática, e não apenas mais uma proposta de modelo assistencial. No plano assistencial, trata-se de pensar não apenas em mudanças radicais de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos, diferentes dos ambientes hospitalares.

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Essa revolução na assistência mental proposta na reforma tem como propósito realizar a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde

psiquiátrica, além de promover a defesa da saúde coletiva, e reafirmar princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a equidade e universalidade.

A Reforma destaca-se enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com sofrimento psíquico.

As políticas de saúde mental tem como propósito elaborar leis que contribuam para a melhoria no atendimento dos serviços e benefícios para os usuários, sendo as Conferências Nacionais, como vimos, de fundamental importância na discussão de Políticas Públicas. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) são responsáveis por grandes mudanças no atendimento psiquiátrico que temos hoje, foram nelas que se discutiram políticas em saúde mental pensando na reestruturação da assistência, na transformação pessoal e do profissional da área, buscando assim mudar o cenário das ações de promoção e a saúde mental.

No que tange a psiquiatria paraense constata-se que apesar de possui os serviços dos CAPS, hospital-dia, Centro de Reabilitação psicossocial, Serviço de Residência Terapêutica, Unidade de Internação Psiquiátrica e Serviço de Triagem Emergencial da FHCGV e Programa de Saúde Mental das unidades básicas de saúde, passou pelo processo de reforma muito depois de outros estados, com a conservação por muito tempo do modelo hospitalocêntrico.

Conclui-se que a assistência em saúde mental ainda tem muito a melhorar, as dificuldade que sabemos existir no funcionamento da rede, não pode ser maior que a vontade de lutar para que consigamos cada vez mais a melhoria da qualidade de atenção a essas pessoas, fazendo valer os esforços de outras gerações e para que a Reforma Psiquiátrica não se esgote na aprovação de leis, entendendo que cada uma dela é o começo de mais uma longa trajetória a ser percorrida.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, J. S. S.; LIMA, C. C. C. **Perfil clínico-epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Grão Pará**. Belém: UFPA, 2011.

ALVES *et al.* **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Estudo realizado na Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE: Recife, 2009.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

BEZARRA JUNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Physis vol.17 no.2, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

COSTA-ROSA, A.; DEVERA, D. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007.

FURTADO, J. PEREIRA. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas - SP, 2006.

FLEURY, S. *et al.* **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRAGA, M. N. O.; ALVES, A. M.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enfermagem**, 2006;19(2):207-11.

GOULART, M. S. B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica**. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.9, n. 2, p. 48-55, março, 2001.

GONÇALVES, M. S.; EDLER, F. C. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Universidade Luterana do Brasil. Gravataí: RS, 2008.

KIRSCHBAUM, D. I. R. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 19-30, maio 1997.

MESQUITA *et al.* **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Minas Gerais, 2010.

MESQUITA, J. F. **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício? Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Minas Gerais, 2008.

MORAES *et al.* **Avaliação de ações de Saúde Mental em 5 Regiões do Estado de São Paulo**. Boletim do Instituto de Saúde n.45, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.11 n.3 Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003. (Relatório Mundial).

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, ciências, saúde – Manguinhos, vol.11, n.2, p. 241-258, 2004.

PEREIRA, L. S. **Tecendo os fios da saúde mental em Belém/ PA: viabilidades da rede de cuidado**. SC: Florianópolis, 2010.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2005.

RODRIGUES, J. J. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32, n 4, 2010.

SILVA, R. A. N.; ZAMBENEDETTI, G. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enfermagem**. 2006, vol.19, n.2, pp. 207-211.

STEFANELLI *et al.* **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri, SP – Manole, 2008.

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

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal. **Avaliação das habilidades de vida interdependente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados.** Dissertação de Mestrado, apresentada à UFMG, Belo Horizonte, MG, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.