

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA**


ANA CRISTINA DA NÓBREGA MARINHO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO
CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE – PB
2003**

ANA CRISTINA DA NÓBREGA MARINHO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO
CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB**



Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração Saúde e Sociedade, Linha de Pesquisa Condições de vida, Ambiente e Saúde, elaborada após integralização curricular do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Joaquina de Araújo Amorim.

**CAMPINA GRANDE – PB
2003**

ANA CRISTINA DA NÓBREGA MARINHO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO
CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração Saúde e Sociedade, Linha de Pesquisa Condições de vida, Ambiente e Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Joaquina de Araújo Amorim - UEPB
(Presidente - Orientadora)

Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro - UEPB
(2º Membro)

Profa. Dra. Glacy Gonzales Gorski Garcia - UFCG
(3º Membro)

*Dedico este estudo monográfico aos meus
pais:
Rui e Maria Auxiliadora, e aos meus irmãos:
Giovanni, Henrique e Alexandre.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, em especial, que esteve presente em todos os momentos da execução deste estudo.

Aos colegas do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba.

Aos funcionários da Biblioteca de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

À minha orientadora Joaquina Araújo Amorim, pela eficiente orientação bem como pela amizade e incentivo dispensado durante todo este período de pesquisa e aprendizado.

Aos diretores e funcionários dos Hospitais Dr. Maia e João Ribeiro, por permitirem meu acesso à pesquisa.

Aos meus colegas do Hospital Amigo da Criança-Clipsi, Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande e do Departamento do Curso de Fisioterapia desta instituição.

A todos que de alguma forma contribuíram para esta tarefa,

Agradeço.

*“Dizem que eu sou louco por pensar assim.
Se eu sou muito louco por eu ser feliz. Mais
louco é quem me diz. E não é feliz, não é
feliz... eu sou feliz”.(Os mutantes)*

MARINHO, Ana Cristina of the Nóbrega. Public politics of health: The Psychiatric Reformation in the Context of Campina Grande-PB. 133 pages, 2003. Dissertation (Mestrado). State University of the Paraíba. Mestrado Interdisciplinar in Collective Health.

ABSTRACT

Mental sickness is considered to be a problem of the public health system due to its biopsicosocial, cultural and economical implications. Confronted by the inhuman and discriminatory conditions faced by the sick and their families when they are attended at the hospitals, the health professionals, government and the society have come together in a joint effort to start a new attending system for the mentally sick in the last few years. The main objective of this study was to analyse, describe and document the policies for the reorganization of the psychiatric hospital of Campina Grande in the state of Paraíba according to the recommendations established by the psychiatric reform which was approved in April 2001 through the law number 3657 of 1989. The research was of the descriptive, analytical and documental type done in a determined period, where the universe was made up of medical files of the patients attended during the studied period, health professionals, coordinators of the mental health of the state of Paraíba and politicians who presided over the psychiatric reform. The sample was of 23 health professionals from a group of 66,384 medical files of the patients attended during the period of study (2000-2002) chosen randomly amongst the 8333 existing files. The techniques of a semi structured and documental interviews were adopted where a form and a questionnaire were used. The results showed that 65.9% were males, 69.5% were in the age group of 15 to 45, most of them did not belong to Campina Grande (64.1%), 80.7% were unmarried, 35.2% were in hospitals for less than a year and of the attended patients 29.2% were diagnosed with non organic psychosis followed by Simple Schizophrenia (20.0%) and 18.0% with behavioral problems due to the use of alcohol. Although the medical staff, coordinators of mental health and the politicians said that they were aware of the changes proposed by the psychiatric reform and though mental health is a priority for the ruling government, however here in Campina Grande seems like it has not been noticed, the reason being a lack of social mobilization, lack of conscienceness of the family, rejection of the family towards the mentally sick and a complete lack of interest of the politicians and the directors of SUS (government health system). This situation is contradictory to the recommendations of the psychiatric reform, the aim of which is to extinguish and/or reduce these problems and establish a decentralized and humanized assistance through a network of services, to protect and rehabilitate them socially and biologically in order to guaranty a living for the mentally sick who are excluded from the society.

Key Words: mental health, psychiatric reform, public policies

RESUMO

A doença mental é considerada um problema de saúde pública, devido as suas implicações biopsicossociais econômicas e culturais. Diante da situação desumana, discriminatória vivenciada pelos doentes mentais e familiares no sistema de atendimento hospitalar, nos últimos anos intensificaram-se movimentos da sociedade civil organizada, dos profissionais de saúde e governo em prol da implantação de uma nova modalidade de atendimento para o doente mental. Este trabalho teve como objetivo descrever analisar e documentar sobre a implantação da política de reorganização dos serviços hospitalares psiquiátricos da cidade de Campina Grande no estado da Paraíba, segundo as recomendações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica aprovada em abril de 2001 através da Lei nº 3657 de 1989. A pesquisa foi do tipo descritiva, transversal, analítica e documental, cujo universo foi constituído de prontuários dos doentes mentais atendidos no período do estudo, profissionais de saúde, Coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental do Estado da Paraíba e de políticos que legislaram sobre a Reforma Psiquiátrica no âmbito da Paraíba. A amostra foi constituída de 23 profissionais de saúde retirada entre os 66 profissionais atuantes nas unidades hospitalares psiquiátricas; de 384 prontuários dos doentes mentais que foram atendidos no período do estudo (2000 a 2002) selecionados aleatoriamente dentre os 8333 prontuários existentes nestes hospitais. Adotou-se as técnicas da entrevista semi-estruturada e documental e foram utilizados como instrumentos um formulário e um questionários. Os resultados mostraram que os doentes mentais atendidos no período, 65,9% eram do sexo masculino; 69,5% encontravam-se na faixa etária entre 15 e 45 anos, a maioria (64,1%) não procediam de Campina Grande-PB; 80,7% eram solteiros; 35,2% encontram-se internados há menos de 1 ano e o diagnóstico que prevaleceu para as internações foi Psicose não Orgânica com 29,2%, seguido de Esquizofrenia Simples (20,0%) e Transtorno Comportamental devido ao uso de álcool (18,0%). Quanto à equipe multiprofissional de saúde, Coordenadoras de Saúde Mental e Políticos, demonstraram ter conhecimento das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, entretanto relataram que muito embora a saúde mental seja um das prioridades do governo atual, a reforma ainda não se faz sentir no município de Campina Grande. Isto deve à falta de mobilização social para melhor andamento do processo; falta de conscientização dos familiares perante o assunto, rejeição da família para com seus doentes, e a falta de decisão política dos gestores do SUS. Portanto, esta situação é contraditória às recomendações da Reforma Psiquiátrica que tem como propósito extinguir e/ou diminuir os leitos psiquiátricos com fins de estabelecer uma assistência descentralizada, humanizada através de uma rede de serviços assistenciais de promoção, proteção e reabilitação biológica e social para garantir a cidadania do doente mental excluído do convívio social.

Palavras-Chave: 1. Saúde Mental 2. Reforma Psiquiátrica 3. Políticas Públicas

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Tabela 1.** Distribuição percentual das características sócio-demográficas dos doentes mentais internados em hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002 na cidade de Campina Grande-PB..... 60
- Tabela 2.** Distribuição percentual dos leitos públicos e particulares disponíveis nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB 62
- Tabela 3.** Distribuição percentual dos internamentos registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB 64
- Tabela 4.** Distribuição percentual por tempo de internação registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB..... 65
- Tabela 5.** Distribuição percentual das internações psiquiátricas segundo os diagnósticos, no período de 2000 a 2002 - Campina Grande - PB 66
- Figura 1.** Distribuição percentual dos internamentos registrados no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB..... 64
- Figura 2.** Distribuição percentual por tempo de internação registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB.....65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
3. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MENTAL.....	30
4. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNDO E NO BRASIL.....	38
5. METODOLOGIA.....	54
5.1 Tipo de estudo	55
5.2 População de estudo.....	55
5.3 Processo de Amostragem	55
5.4 Técnicas e instrumentos para coleta de dados.....	57
5.5 Tratamento estatístico	57
5.6 Variáveis de estudo.....	57
5.6.1 Características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidas.....	57
5.6.2 Dados dos serviços dos hospitais psiquiátricos.....	58
5.6.3 Equipe Multiprofissional de Saúde, Coordenadoras de Saúde Mental e Políticos.....	58
5.7 Considerações éticas.....	58
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS	59
6.1. Aspectos da assistência psiquiátrica hospitalar no município de Campina Grande-PB	60
6.1.1 Características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos no período de 2000 a 2002	60
6.1.2 Dados dos serviços hospitalares dos hospitais psiquiátricos na cidade de Campina Grande-PB	62
6.2 Análise da Reforma Psiquiátrica na perspectiva dos profissionais de saúde, Coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental e Políticos.....	67
6.2.1 Opinião dos profissionais de saúde.....	67
6.2.2 Opinião dos políticos	73
6.2.3 Opinião das Coordenadoras Estadual e Municipal de Saúde Mental.....	76
7. CONCLUSÕES.....	81
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
9. REFERÊNCIAS.....	86

APÊNDICES.....	94
Apêndice 1-Termo de Consentimento.....	95
Apêndice 2-Formulário.....	96
Apêndice 3- Questionário.....	98
ANEXOS	00
Anexo 1- Projeto de Lei n. 365701	
Anexo 2- Lei Estadual de Saúde Mental	15
Anexo 3- Lei Municipal de Saúde Mental.....	18
Anexo 4- Programa de Saúde Mental.....	16

1. Introdução

Atualmente, o conceito de saúde é compreendido como uma somatória de fatores e condições que levam o ser humano a ter melhor qualidade de vida, interagindo com o meio ambiente de forma a admitir uma longevidade condizente com os avanços tecnológicos do presente século.

Neste conceito, estão implícitos a relação da saúde com uma vida qualificada pelo conjunto de benefícios oferecidos pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento técnico científico na sociedade moderna. Segundo Morais apud Barreto et al (1999):

...quando se fala em saúde, não se tem em mente a sua relação com a doença e, conseqüentemente, com a morte. Tem-se, uma posição auto reflexiva da saúde relacionada com ela mesma e, assim, à vida e além disso, não uma vida caracterizada como sobrevivência, mas uma vida qualificada pelo acesso aos benefícios da sociedade.

Nesta concepção, saúde refere-se ao bem estar físico, mental e social do indivíduo, com efetiva participação política social. Porquanto, sem esta conjunção não poderá ser atingida em sua total plenitude. Por sua vez, saúde mental pode ser compreendida a partir da formação sócio-econômica demográfica cultural de cada sociedade, considerando sua dinâmica processual enquanto mudança nas condições e qualidade de vida da população, e dos serviços a ela prestados (FARIAS, 2002).

Falar sobre “ausência de saúde mental” significa pensar em loucura, insano, doente mental, louco, ou melhor, alguém “diferente”, “fora do normal”, um “desviante”, que se comporta fora das regras estabelecidas pela sociedade. Cria-se assim, a necessidade do afastamento, do isolamento, tendo como finalidade manter a ordem (SILVA, 2002), pois o louco é o homem que a sociedade não quer ouvir, e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis, já que deveriam se comportar dentro dos padrões estabelecidos.

Dessa forma, estar fora das regras significa está dentro de um processo de segregação e de isolamento do convívio social.

Diante desta concepção o doente mental foi retido, por muito tempo, no hospital psiquiátrico, não dispondo de tratamento digno para com os mesmos, agravava-se ainda mais a evolução de sua enfermidade, onde eles eram tratados em regime de prisão, opressão e aprisionamento. No entanto, ninguém quer ser tratado deste modo, porém, ainda hoje, existem no Brasil e no mundo inteiro milhões de doentes mentais que convivem com esta realidade desumana.

Esta realidade é angustiante e ao mesmo tempo preocupante, porque estes hospitais vêm sendo freqüentemente denunciados como espaços ineficazes para abrigar o doente mental e são apontados como um dos principais responsáveis pela sua cronificação.

Em conseqüência desta situação, nos últimos anos, o governo brasileiro tem implantado algumas mudanças no que diz respeito à reorganização na assistência no campo da saúde mental no país. Estas medidas governamentais fortaleceram-se e intensificaram-se a partir de 2001, com aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 3657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que preconiza o fim das internações em hospitais psiquiátricos visando oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtorno psíquico. Em decorrência destas mudanças começaram a surgir outros serviços alternativos na forma de Hospital-dia, Caps (Centro de apoio psicossocial) e Naps (Núcleo de apoio psicossocial). Estas novas modalidades de atendimento vêm sendo ao longo do tempo implantadas no Brasil e em outros países objetivando substituir gradativamente o sistema hospitalocêntrico (baseado em internações) por uma rede de serviços assistenciais de caráter primário, sanitário e social.

No Brasil a reforma psiquiátrica já está em processo de consolidação em alguns estados, como Ceará, Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais, funcionando com serviços substitutivos, enquanto outros continuam adotando a internação como modalidade de atendimento e/ou tratamento.

A realização deste trabalho nasceu da preocupação em saber o que mudou em Campina Grande-PB após aprovação da Nova Lei da Reforma Psiquiátrica? Como estará se comportando as internações? Têm aumentado, diminuído? Quais os diagnósticos que prevaleceram na internação no período após implantação da lei da Reforma psiquiátrica; o que mudou na opinião dos profissionais de saúde, Coordenadoras de saúde Mental e dos Políticos que legislaram aqui na Paraíba sobre a Reforma Psiquiátrica?

Portanto, este trabalho investigatório se propôs a identificar as características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade de Campina Grande; como também analisar a implantação da reforma de assistência à saúde mental hospitalar psiquiátrica, baseados nos dados dos serviços hospitalares e depoimentos dos profissionais de saúde, políticos e coordenadoras do núcleo de saúde mental.

O trabalho está estruturado em quatro partes: na primeira parte, foi realizada inicialmente uma introdução situando o problema e, em seguida, a fundamentação teórica, onde aborda as políticas de saúde no Brasil, enfatizando aquelas direcionadas à saúde mental. Na segunda, parte encontra-se a metodologia descrevendo-se os instrumentos, técnicas e procedimentos da coleta a apresentação dos dados. Na terceira parte, descreve-se e analisa-se os resultados do trabalho e na quarta parte são apresentadas as conclusões e recomendações baseadas nos resultados desta investigação e nos depoimentos obtidos através das entrevistas junto aos profissionais de saúde, Coordenadoras de saúde mental e políticos que legislaram sobre a Reforma Psiquiátrica.

2. Políticas de Saúde no Brasil

As Políticas de Saúde no Brasil sofreram profundas alterações durante o século XX, passando de simples assistência médica a direito à saúde e, ao mesmo tempo, por inúmeros conflitos e interesses sempre presentes na construção do setor. Nesta perspectiva, Luz (1991), Cohn; Elias (1996) e Mendes (1999) apresentam uma periodização para a história das políticas de saúde no Brasil, assim estabelecida: Primeira República (1890-1930), Período Populista (dos anos 30 aos anos 50), Período Desenvolvimentista (anos 50 e 60), do Estado Militar (1964-1984) e da Nova República (1985-1989).

Segundo Luz (1991), os fatores políticos e econômicos e a grande desigualdade na distribuição de riquezas entre as diversas regiões e segmentos da sociedade brasileira têm sido determinantes na elaboração e configuração das políticas de saúde. Portanto, qualquer análise que se faça sobre a evolução histórica da temática de saúde, faz-se necessário considerar os vínculos de dependência desta com a conjuntura social, política e econômica do país.

Segundo Sciliar (1987), as primeiras décadas do século XX foram marcadas por um grande crescimento econômico no Brasil. No entanto foi um período de crise sócio-econômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, prejudicando, principalmente, a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que reduzia a imigração de mão-de-obra. Para reverter a situação, o governo criou medidas que

garantissem a saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário.

É importante ressaltar que estas medidas só tiveram ações concretas a partir de 1904 com a criação do Serviço de Saúde Federal, organizado sob responsabilidade de Oswaldo Cruz, que tinha como objetivo debelar e/ou combater as principais epidemias através da mobilização da população e utilização de métodos coercitivos e autoritários. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde resultado da reforma Carlos Chagas cujo objetivo era promover um “comportamento favorável ” das populações pobres em relação as normas de conservação de saúde (TEIXEIRA, 1997).

Entretanto, a política de assistência médica no Brasil iniciou-se, mais precisamente em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Assistência e Previdência (CAP) que eram organizadas por empresas e ofereciam serviços de saúde para seus afiliados (MOREIRA, 1999).

De 1930 a 1950 (Período denominado Populista), ascendia no campo político, a conjuntura hegemônica do estado populista marcado por práticas clientelistas autoritárias paternalistas que influenciaram e delinearão as práticas das instituições e profissionais de saúde. Neste período, governado por Vargas, as Cap's são transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estes considerado o marco da medicina previdenciária do Brasil. Os Iap's eram organizados por categorias ou ramos de atividades, porém é necessário ressaltar que as categorias beneficiadas foram àquelas tidas como fundamentais para a economia agro-exportadora, ferroviárias marítimas, estivadores, entre outros (LUZ, 1991; COHN; ELIAS, 1996).

Nesta época também verificou-se uma política de contenção dos investimentos com saúde, conseqüentemente os serviços passaram a ser prestados através de terceiros, mediante convênios entre estados e instituições privadas.

De acordo com Luz (1991):

"Desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílio à saúde foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais".

Também ocorreram, nesta época, mais especificamente em 1937, mudanças na política econômica do Estado, o qual resolve adotar o regime de capitalização para evitar a desvalorização da moeda brasileira passando a investir em empresas estatais e em empreendimentos econômicos para industrialização como a Petrobrás e a Companhia Siderúrgica Nacional (COHN; ELIAS, 1996).

Em relação aos problemas sanitários de saúde, é relevante destacar que no período entre 1937 a 1950, os mesmos começaram a ser discutidos através das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde, onde foram abordados temáticas referentes às legislações sobre à higiene e segurança no trabalho, como também a prestação de assistência médica sanitária e preventiva para os trabalhadores e as gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No período de 1945 a 1950, época pós II Guerra Mundial, Getúlio Vargas é substituído por Dutra, que assume a presidência do país, entretanto em 1950 Vargas é reeleito. Este período marcou-se por uma grande influência americana na área da saúde o

que se refletiu na construção de um modelo semelhante aos padrões americanos, o qual concentrava-se na construção de grandes hospitais com equipamentos sofisticados e custos elevados colocando em segundo plano a organização e implantação de rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores. Nesta época, alguns IAPs começaram a construir seus próprios hospitais e organizar sua própria assistência que era oferecida por meio de convênios de empresas particulares, cuja finalidade era prestar serviços médicos aos funcionários das empresas conveniadas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992).

No período de 1950 a 1960, vivenciou-se no Brasil um processo de industrialização acelerada denominado de Período Desenvolvimentista, o qual tentava integrar o país à ordem Capitalista Internacional, isto determinou o deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos, fato este que influenciou nas ações de saúde, os quais foram redefinidos e redirecionados nesta fase, onde o alvo das ações passou a ser o corpo do trabalhador que deveria manter-se forte e restaurado para garantir o processo produtivo do pólo industrial, para evitar a descontinuidade na capacidade produtiva das empresas (MENDES, 1999; LUZ, 1991; TEIXEIRA, 1989).

É importante registrar que nos primeiros anos da década de 60, evidenciaram uma certa movimentação de cunho insatisfatório no cenário nacional, onde os grupos sociais organizados começaram a se articular e a questionar a ordem estabelecida, fato este que eclodiu o pensamento do papel do estado na implementação de um efetivo sistema de saúde sob gestão municipal, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde, a qual tinha como propósitos, promover a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964 no

governo de João Goulart, ocasionando um esvaziamento no movimento sanitário e dos debates sobre o papel do estado nacional na implantação do sistema de saúde. Este golpe proporcionou uma reorientação na administração estatal, inclusive no setor da saúde, caracterizando o chamado “milagre brasileiro” (SOARES; MOTTA, 2003).

A partir de 1967, os IAPs foram fundidos em um único instituto, O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a prestar assistência a todos os trabalhadores formais assalariados do país (COHN; ELIAS, 1996 apud PATRIOTA, 2002).

Teixeira apud Patriota (2002) enfatiza que o processo de unificação das instituições previdenciárias através da criação do INPS inscreve-se numa perspectiva de modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de ter representado um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista; entretanto, o mesmo só garantia os direitos da assistência a saúde aos trabalhadores assalariados e contribuintes da Previdência (autônomos e empregados), como consequência o sistema de saúde deixa de fora um imenso contingente de pessoas.

Na tentativa de corrigir tal distorção algumas medidas foram tomadas no sentido de universalizar as ações de saúde no Brasil. A criação do Fundo dos Trabalhadores Rurais-FUNRURAL, em 1972, foi uma dessas mudanças tomadas visando estender a assistência médica aos trabalhadores rurais (MOREIRA, 1999). Neste mesmo período, criou-se também o programa de Pronta-Ação (PPA), em 1974, que estendia o atendimento de urgência aos pobres e indigentes do país, visando universalizar formalmente as ações de saúde no Brasil.

Em 1975, em virtude das más condições de saúde da população, os movimentos organizados de profissionais de saúde e trabalhadores provocaram quebras de ambulatórios e conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos demonstrando a insatisfação popular contra a crise do sistema de saúde do país. Nesse mesmo período, surge a Lei 6.229, que tinha como objetivo institucionalizar o modelo médico-assistencialista privatista, atribuindo e, ao mesmo tempo definindo competências e responsabilidades as Esferas Federal, Municipal e Estadual. Diante disto, o governo federal enfrentou críticas e resistências em relação às propostas regulamentadas por esta Lei, optando pela implantação de um conjunto de programas especiais elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde, os quais exigia ação do estado com colaboração eventual dos municípios. Dentre os programas implantados, podem-se citar: O Programa Nacional de Saúde Materno Infantil e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Estas iniciativas eram baseadas em uma política racionalizadora que visavam amenizar a situação caótica vivenciada pela política de saúde pública no país (SOARES; MOTTA, 2003).

Como consequência desta prática médica assistencialista privatista, considerada essencialmente curativa, os índices de morbi-mortalidade não foram reduzidos, ficando, por sua vez, as ações de saúde pública sob responsabilidade do setor estatal e as ações de atenção à saúde sob responsabilidade do setor privado, gerando, dessa forma, maiores lucros ao estado, pois o governo comprava os serviços de assistência médica às grandes corporações médicas privadas, e o Estado tinha sua rede garantida, uma vez que, a contribuição previdenciária era obrigatória, estimulando a prática do trabalho assalariado; dessa forma o governo passou a ser, neste período, o grande comprador de serviços de

saúde às empresas médicas, expandindo o capital privado na área de saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

Em 1977, através da Lei n° 6439 é criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social-SINPAS, que em conjunto com a Lei n° 6229, constituíram as base legais do sistema de saúde vigente nos anos 70.

Essa Lei, resultante do movimento de organização da Previdência Social, tinha como objetivo promover uma política racionalizadora, buscando garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa; cujos processos culminaram com o surgimento do Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (MENDES, 1993).

Segundo Braga (1981) e Luz (1991), a criação de todos esses órgãos dificultou ainda mais o controle do orçamento da Previdência, favorecendo o desvio de verbas e a corrupção, uma vez que era praticamente inexistente a fiscalização. Frente a estes desajustes, a imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começava a mostrar sinais de esgotamento por meio de intermináveis filas, baixos salários, precárias condições de trabalho, gerando uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência.

Esta problemática tomou maior impulso com a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde a descentralização apareceu na proposta de interiorização dos serviços de saúde, e muito embora não estivesse relacionada com a municipalização, serviu de base para as discussões, problemas e necessidades de saúde da população, como

também para formulação de propostas e reformas no âmbito da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Só a partir do Governo Geisel (1974-1979) foi possível criar mais espaço para o estabelecimento de movimentos contra hegemônicos que fortalecessem o desenvolvimento de reformas voltadas para a definição de um estado mais democrático. Estes impasses de crise geral do estado permitiram o encaminhamento de algumas reformas no tocante às políticas sociais, dando o início ao processo de abertura e democratização social em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos (MOREIRA, 2003).

No final da década de 70, com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário a política de saúde ainda mantinha em funcionamento um modelo caótico e elitista, e os movimentos sociais requisitavam a implantação de uma rede de serviços básicos que apontassem para a descentralização do setor, pregando a participação popular e a integração dos Ministérios de Saúde e da Previdência. Com base nestas propostas, surge em 1980 o Prev-Saúde-Programa Nacional de Saúde elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Este documento constitui-se um Plano Nacional de Saúde como alternativa baseada nas orientações da OMS sancionada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Alma-Ata/URSS, 1978, os quais tinham o propósito dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde a toda a população até o ano 2000. A atenção primária, neste entender, seria a estratégia para a redução das desigualdades sociais existentes, estratégia essa que atendia duplamente aos propósitos do Estado, mas as diretrizes de reorientação contidas nestes projetos acabaram não sendo incorporadas pelo governo e muito menos estabelecido

na prática, dada as resistências intraburocráticas assentadas no INAMPS, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e, ainda, as pressões oriundas do campo da medicina liberal. Este conjunto de forças conformaram um sem número de razões para que estas propostas não se concretizassem, ficando apenas engavetadas (MOREIRA, 2003).

Enfim, o reconhecimento da falência do sistema de saúde era notório por parte de alguns técnicos do governo, entretanto, as grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) continuavam defendendo o modelo privatista devido os lucros que lhes geravam, mas este mesmo modelo também gerava propostas frustradas que conseqüentemente não trouxe nenhum impacto, em termos de iniciativas, para a saúde do país (OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

Todas essas discussões marcavam um novo momento político para o debate da reforma setorial, que a partir dela foram elaboradas propostas mais operacionais para a reestruturação do sistema e desmontagem do modelo, como a configuração das Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais visavam dar maior racionalidade, integração e controle às ações de saúde, com a programação e orçamentação dos recursos para a saúde, como também com a integração das ações do setor público e conveniado e com o controle de recursos para o setor privado contratado (SANTOS,2002 apud SILVA, 1996).

Este contexto político também favoreceu o crescimento do debate setorial, onde o processo de “transição democrática”, marcado pela eleição de Tancredo Neves, trazia novas perspectivas e o começo de um novo período, denominado Nova República, no qual deu-se início no Brasil, um processo acelerado de mudanças na saúde por meio da intensificação

de movimentos de contestação em saúde, que cresceram em número e intensidade. Esta luta incluía a reivindicação pela unificação dos serviços institucionais de saúde, que aconteceu em 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), visando entre outros propósitos a descentralização dos serviços de saúde, onde foram criados mecanismos legais para se transferir aos estados e municípios os recursos financeiros e patrimônios oriundos da Previdência Social, como também municipalizar os serviços básicos de saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

Estas transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro no final da década de 80 juntamente as propostas de Reforma Sanitária objetivavam reverter o modelo predominante por meio de políticas de saúde que visavam a construção de um novo sistema de saúde. Este processo de reformulação de política de saúde deu origem ao movimento denominado “Movimento Sanitário”, que utilizando-se de estudos, pesquisas e debates começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando como um processo político de conquistas sociais em busca da melhoria na qualidade de vida da população (SOARES; MOTTA, 2003).

O marco deste período foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Esta Conferência aprovou uma ampla reforma sanitária no país, resultando na recomendação da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, cuja pretensão era garantir a universalização do direito ao acesso gratuito à saúde, por meio das ações e serviços de saúde financiados pelo poder público, que passariam a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de

governo; participação e controle da sociedade, através das Conferências e dos Conselhos de saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Considerando-se estes princípios e diretrizes, é possível concluir que a reforma sanitária, tal como concebida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitaria intervenções específicas no âmbito do sistema de serviços de saúde (setoriais), além de recomendar medidas mais amplas de ordem política, econômica e cultural adequada às necessidades das suas população. Para que isto pudesse acontecer era necessário recursos financeiros do nível federal, os quais foram aprovados com a Lei Orgânica do SUS (lei 8080) que previu, em seu Art. 35, critérios para transferência automática dos recursos concentrados a nível Federal para os orçamentos estaduais e municipais (MISOCZKY; FERREIRA, 2003).

É importante mencionar que o Artigo 35 é somente parte da lei 8080 que, contraditoriamente, deixa espaço para a manutenção das transferências negociadas, limitando a autonomia dos estados e municípios na sua utilização de recursos financeiros.

Em decorrência desta situação, ocorreu uma intensa reação de entidades da sociedade civil, coordenada pela plenária de saúde, que resultou na Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS reforçando e estabelecendo condições para que os estados e municípios pudessem receber recursos do Fundo Nacional de Saúde. Neste momento, o Ministério da Saúde promoveu uma reinterpretação das definições constitucionais, reduzindo o ritmo da reforma e conduzindo ao movimento de rescentralização. Diante disso, o governo federal aproveita o

espaço existente na Lei 8080 e não regulamenta o art. 35, ficando nas mãos da burocracia do Ministério da Saúde a formulação e implementação de diversas normas, destinadas a normatizar a transferência de recursos para estados e municípios (MENDES, 1993; MISOCZKY; FERREIRA, 2003).

Mesmo após aprovação das Leis 8080 e 8142, houve muita dificuldade de implantação, com resistências por parte do Ministério da Saúde no que se refere ao repasse dos recursos para os estados e municípios. As discussões geradas acerca desta problemática ganharam espaço de debate na 9ª Conferência Nacional de Saúde, que deveria ter ocorrido em 1990, mas só veio a acontecer em 1992, e muito embora tenham ocorrido em uma época marcada por uma profunda crise ética e política, devido ao impedimento do Presidente Fernando Collor de Melo, deposto do cargo após intenso movimento de pressões populares que acusavam o governo de práticas de clientelismo e corrupção. Mesmo diante destas circunstâncias, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, conseguiu reunir, com ampla participação, entidades ligadas ao setor e demais segmentos sociais, que tinham como propósito estabelecer os rumos a serem seguidos na defesa e na consolidação do SUS, mas estes resultados não foram alcançados, tendo em vista as dificuldades e resistências impostas pelo Governo, ou seja, o Brasil tinha maior interesse em resolver sua crise política do que resgatar a qualidade da política de saúde deste país (GERSHMAN, 1995).

Como um desdobramento da 9ª Conferência, já no governo Itamar Franco, após impedimento do Presidente Fernando Color, é publicada, pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica (NOB) nº 1, de maio de 1993, a qual regulamentava o processo de descentralização das ações de saúde para Estados e Municípios. A NOB funcionou como uma espécie de manual para o processo de municipalização, com regras claras sobre a

participação dos diversos níveis e explicitando os estágios crescentes de municipalização. Além disto ainda definia o recebimento do total de recursos financeiros, calculado de acordo com sua série histórica de gastos (OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

Ainda assim, o SUS continuou enfrentando dificuldades na sua implantação, implicando em crises e cortes sucessivos, exigindo redução dos gastos, como também mudanças complexas e profundas relacionadas à qualidade de vida da população. Estas questões culminaram com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central: "Saúde e Qualidade de Vida".

Nesta Conferência foram discutidas questões referentes à melhoria da qualidade de vida da população por meio da prevenção e promoção de ações que privilegiassem atendimento ambulatorial, com a finalidade de concentrar os recursos a nível da assistência primária e secundária com o intuito de reduzir os gastos com a assistência hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nos anos que se seguiram, foram realizados debates e discussões acerca da saúde, mobilizando as esferas nacionais, estaduais e municipais culminando no ano de 2000 com a XI Conferência Nacional de Saúde, onde foi abordado o seguinte tema: "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social". A intenção do Conselho Nacional de Saúde ao aprovar esse tema foi contribuir para o avanço do SUS priorizando o princípio organizacional do controle social para a obtenção de três metas fundamentais que freqüentemente têm aparecido como demandas da população de usuários do sistema de saúde: o acesso universal e com equidade aos serviços e ações de saúde, a qualidade desses serviços, estes requisitos são entendidos como a capacidade de responder

com eficiência às necessidades de saúde e a humanização, visto que o estabelecimento de vínculos humanos são imprescindíveis para o sucesso da relação entre usuários, profissionais e trabalhadores de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Segundo avaliação feita pelos participantes da conferência, houve avanços significativos no controle social do SUS nos últimos anos, sendo estes decorrentes das mobilizações e organização da sociedade civil. Entretanto, apesar de já terem sido criados conselhos de saúde em quase todos os municípios do país, é evidente as dificuldades de efetivação dos mesmos, tais como; falta de estrutura, capacitação e assessoria para os conselheiros assumirem papel fiscalizador do sistema, carência de autonomia frente ao executivo ingerência política entre outros. Quanto ao modelo de atendimento, apesar do avanço da legislação os serviços municipais continuam ainda centrado no médico e voltado para a doença e não para a saúde em seu sentido mais amplo. Esse modelo não tem atendido às demandas da população, contribuindo para o não cumprimento dos princípios do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Atualmente, o Brasil está vivenciando um momento de muita expectativa no âmbito governamental, pois pela primeira vez foi eleito um Presidente sindicalista, do partido dos trabalhadores (PT) para representar e conduzir os destinos do nosso país.

Uma das propostas deste governo para o setor saúde está em buscar garantir o direito constitucional da população ao atendimento de suas necessidades, desde a prevenção das doenças até o atendimento dos casos mais complexos. Certamente, Luiz Inácio da Silva, atual Presidente da República, encontrará grandes dificuldades para adotar medidas que possam fortalecer o Sistema Único de Saúde vigente, visto que o país passa por uma

crise econômica profunda, com taxas altas de desemprego, com mudanças no perfil epidemiológico e demográfico estes e outros fatores determinam e/ou condicionaram o agravamento da situação da saúde no país.

Apesar desta situação, algumas medidas estão sendo postas em prática pelo governo, como a criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (RENAST); Programa da Fome Zero; Programa do Primeiro Emprego; Programa de ampliação do Programa de Saúde da Família (PROESF), ou seja, ampliará de 16 mil equipes para 32 mil. Isto acarretará empregos, principalmente, para os profissionais de saúde.

Em relação a política de saúde mental, uma das medidas do governo foi a implantação do Programa “Volta para Casa”. Cada família que possua entre os seus membros doente mental, receberá uma ajuda de custo no valor de um salário mínimo durante um ano, podendo ser renovado por mais um ano, cujo objetivo é devolver o doente mental ao convívio de sua família, retirando-o do ambiente hospitalar.

Entretanto, vale ressaltar, que pela primeira vez no país, por solicitação do presidente convoca-se uma Conferência Nacional de Saúde, no intuito de ouvir toda a sociedade sobre as propostas que deverão nortear seu plano de governo para a saúde da população brasileira. Esta conferência realizar-se-à no período de 7 a 11 de dezembro de 2003 em Brasília - DF, e terá como tema: Saúde: um direito de todos e dever do Estado - a Saúde que temos e o SUS que queremos. O governo adotará estes e outros eventos com o intuito de avaliar, discutir e deliberar diretrizes para formulação das políticas públicas setoriais, respeitando o encaminhamento destas medidas, para que as mesmas possam

fortalecer as instâncias de controle social. O respeito às prerrogativas do controle social por parte de todos os gestores do sistema de saúde será uma das metas prioritárias deste governo a serem pactuadas pelo Ministério da Saúde com os Estados e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

3. Trajetória Histórica da Assistência em Saúde Mental: No Contexto Mundial e no Brasil

A psiquiatria é o ramo da medicina que lida com os distúrbios mentais de ordem comportamental ou psicológica. O estudo dos distúrbios mentais é tão antigo quanto à história, mas só nos últimos 200 anos é que estes distúrbios mentais foram incorporados, aos poucos, à área médica, tendo o conhecimento do mundo interior avançado a partir da evolução do desenvolvimento histórico da psiquiatria (KAPLAN; SADOCK, 1981).

Nos contextos históricos da doença mental, muitos estudiosos deram as suas contribuições para o desenvolvimento da psiquiatria, ou melhor, para o engrandecimento das ciências médicas na sua totalidade.

No mundo clássico, os filósofos dos séculos V e VI ainda que sem base científica expressavam conceitos valiosos sobre a loucura e seu tratamento. Empédocles, em sua preocupação com os mecanismos mentais, referia-se ao amor e ódio como fontes das mutações da vida. Demócrito observava e investigava a loucura através da dissecação de animais. Para Aristóteles, certas doenças mentais externalizavam as qualidades potenciais do indivíduo. Entre os médicos, teóricos e clínicos, Asclepiades entendia que os distúrbios emocionais provinham de doenças mentais. Esculápio e sacerdotes de Esculápio também se dedicaram ao estudo dos segredos das enfermidades mentais (SILVA, 1979 apud MARQUES, 1998).

Hipócrates (460-370 a.C.), considerado o pai da medicina, tentou unificar a medicina, aliando-se à Filosofia, à Anatomia e à Fisiologia com o intuito de libertar a Psiquiatria do Misticismo, mas a tradição dos deuses era mais poderosa, tornando o

trabalho deste praticamente invencível. Depois de Hipócrates, Areteu de Capadócia, um dos médicos mais antigos da Era Cristã também se interessou verdadeiramente pelos problemas da personalidade humana, tentando modificar a visão que os deuses tinham acerca das enfermidades mentais, mas as superstições reinantes os impediram de pensar cientificamente. Sobre este aspecto, Galeno também foi vítima de uma época terrível de crenças em coisas malignas, e seu trabalho no campo da fisiologia e da anatomia foi imenso, mas não trouxe contribuição nova sobre as doenças mentais (COLEMAN, 1973; SAMPAIO, 1998).

Além destes filósofos, médicos e estudiosos do passado já se preocupavam em compreender os problemas apresentados pelos doentes mentais, os quais eram considerados como portadores de maus espíritos. No entanto, todos aqueles que se interessaram pelo assunto foram tachados com designações depreciativas. Esse tipo de comportamento foi muito utilizado pelos homens em épocas remotas, mais especificamente na Idade Média, período em que a Igreja passou a exercer um importante papel na sociedade, visto que na época medieval o predomínio das crenças e religiões era mantido pela igreja, a qual afirmava que fé e religião vêm de Deus, que a verdade já havia sido revelada por Ele aos homens. Portanto, toda investigação científica ou filosófica não poderia contrariar as verdades estabelecidas pelas crenças religiosas (RIBEIRO, 1999).

“Durante a Antigüidade e Idade Média, o louco gozou de um certo grau de extraterritorialidade, e a loucura era, no essencial, experimentada em estado livre... circulava...fazia parte do cenário e linguagens comuns” (FOUCAULT, 1975 apud COSTA et al, 1987), e mais especificamente nas sociedades pré-capitalistas os doentes mentais exerciam atividades relacionadas ao trabalho de campo, artístico e artesanato. Nesta época

a aptidão e inaptidão para o trabalho não eram critérios importantes na determinação do normal e anormal (DOBB, 1981 apud COSTA, 1987). Segundo Kofler (1971 apud Costa,1987), foi justamente com o fim do campesinato como classe, e o declínio dos ofícios artesanais, que vieram selar a loucura à categoria de problema social.

Segundo Dobb (1981 apud Costa,1987) no final do século XV na Europa, com o advento da manufatura inicial, as formas de trabalho até então desempenhadas pelos doentes mentais, tornam-se estritamente racionais, gerando dessa forma um maior número de desocupados transitando pelas cidades em decorrência da falta de utilização de mão-de-obra. Só em Paris, nessa época estimava-se em mais de 80.000 a população de mendigos e homens desesperados que se tornaram assaltantes de estradas, ladrões e vagabundos.

Empreendeu-se em toda a Europa repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, onde na Inglaterra uma lei de nº 1496 determinava que os vagabundos e ociosos podiam ser postos no tronco por três dias e noites e, em caso de reincidência, surrados com chicote até ficar afixado no pescoço com um colar de ferro. As medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições, casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais, que apesar do nome não tinham qualquer outra função a não ser de retirar os doentes mentais do convívio social (COSTA, 1987).

Esta prática de exclusão teve origem na cultura árabe, onde surgiu o primeiro hospício conhecido do século VII, e somente no século XV surge os primeiros hospícios europeus, quando houve a ocupação dos árabes na Espanha e concomitantemente nesta mesma época também surgiram na Itália, Florença, Pádua e Bérgamo. (Disponível em:

www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom8.htm> Acesso em 26 de julho de 2002).

Em 1547, o mosteiro de Santa Maria de Belém, em Londres, foi transformado oficialmente por Henrique VII em um hospital para tratar das doenças mentais. Logo, seu nome foi abreviado para “Bedlan”, e tornou-se muito conhecido pelas condições e práticas deploráveis aí vigentes. Os pacientes mais violentos eram exibidos por um tostão, e os internados mais inofensivos eram obrigados a mendigar pelas ruas de Londres, os quais ficaram conhecidos como os “mendigos de “Bedlan” (COLEMAN, 1973).

Outros hospitais ou asilos foram organizados gradativamente, entre estes o San Hipólito, no México, em 1566, organizado pelo filântropo Bernadino Álvares, onde foi o primeiro hospital destinado para o cuidado e estudo de perturbações mentais estabelecido nas Américas. Posteriormente outros foram surgindo, em 1641 na França, com La Maison de Chareton, localizado nos subúrbios de Paris, em 1764 em Moscou, além da célebre Torre dos Lunáticos de Viena que foi construída em 1784. Esta era um lugar de velho espetáculo em Viena, constituída por uma torre redonda, com decoração muito ornamentada, dentro da qual haviam compartimentos quadrados onde os pacientes eram exibidos ao público e geralmente eram tratados como criminosos e animais (COLEMAN, 1973).

Na Filadélfia, em 1756 surgiu o Pennsylvanis Hospital cuja construção foi concluída sob a orientação de Benjamin Franklim, este destinava aos doentes mentais algumas celas ou enfermarias. Somente em 1773 foi construído o primeiro hospital dos Estados Unidos dedicado exclusivamente aos doentes mentais o qual localizava-se em Williamsburg, na Virgínia. Durante muitos anos os pacientes foram internados neste e no

Pennsylvanis Hospital, pois só em 1821 o Bloomingdale Asylum foi inaugurado em New York City, e em 1832 foi construído em Massachusetts um hospital público com uma secção para alcoólicos (COLEMAN, 1973; KAPLAN; SADOCK, 1981).

É neste contexto de segregação, discriminação, tortura e violência para com os doentes mentais, que surge no final do século XVIII as denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais. Somente em 1791, surge Phillipe Pinel, um médico humanitário da França, pioneiro nos estudos das doenças mentais. Pinel rompia com os tratamentos até então aplicados, defendendo que não era com correntes de ferro, sangrias e purgantes que se devia tratar o doente mental, mas sim, eles deveriam ser tratados moralmente e com liberdade, ou seja, sem correntes e algemas (SILVA, 1979).

No Brasil, no período Colonial (1500-1522) não havia nenhuma ação concreta de assistência aos doentes mentais. Nesta época muitos dos médicos brasileiros eram formados na Europa e não possuíam conhecimentos mais profundos na área médica, nem dos mais elementares princípios utilizados nos tratamentos psiquiátricos (AMARANTE, 1994).

O completo abandono sobre os doentes mentais ocorria de forma generalizada em todas as províncias brasileiras, causando preocupações para algumas autoridades dos estados mais pobres e distantes da Corte. Em 1543, surgiram no Brasil as primeiras instituições psiquiátricas, dentre elas as Santas Casas de Misericórdia, consideradas as mais importante entre as inúmeras irmandades que se instalaram no país. O trabalho nestas instituições era realizado com padrões surpreendentemente elevados de honestidade e de eficiência na administração dos programas assistenciais (FIGUEIREDO, 2000).

Foi na Santa Casa São João Del Rey, Minas Gerais em 1817, que se deu o primeiro registro de internação de doente mental no Brasil. Nesta época os loucos eram encontrados em toda parte: nas ruas, prisões, casas de correção, asilos de mendigos, ou em porões nas santas Casas de Misericórdia. Entretanto, a loucura só passa a ser objeto de intervenção por parte do Estado, com a chegada da família Real, no início de 1852. Neste período foi inaugurado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, a primeira instituição psiquiátrica brasileira, marco inicial de uma política oficial de tutela e segregação do doente mental (AMARANTE, 1994 apud SEIXAS, 2000).

Conforme Oda (2002) nos anos seguintes, hospícios de alienados foram criados em várias províncias brasileiras, como em: Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Paraíba (1875), Rio Grande do Sul (1884), Ceará (1886).

Logo após o período imediatamente da Proclamação da República, surge o marco divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica. A diferença entre estas estava estritamente relacionada à posição da classe médica frente ao problema da loucura, uma vez que o doente mental antes era tratado por qualquer profissional, passando então a ser assistido por um médico especialista. Em decorrência deste fato, os hospitais psiquiátricos passam a exigir a seleção dos excluídos, considerados loucos, que fariam parte desta instituição, que a partir de então também já exigia dos poderes públicos uma administração e/ou tratamento coerente com o problema em questão (COSTA et al, 1987).

Até 1920 ocorreu uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria em que se destaca a ampliação do espaço asilar. Neste período no Rio de Janeiro foi criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911) para mulheres indigentes, e em 1920 são iniciadas

as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as obras do Manicômio Judiciário. Também nesta época (1923), inicia-se o movimento da higiene mental, com características eugênicas, através da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (AMARANTE, 1994).

Até o início dos anos 30, a Psiquiatria dispunha apenas de limitados recursos terapêuticos, como a malarioterapia para a neurosífilis, o tratamento moral, os barbitúricos, entre outros. Posteriormente (1935), estes métodos psicoterapêuticos passaram a ser suplementados ou até substituídos por abordagens físicas, usando drogas, choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomias (SABBATINI, 2003).

A assistência psiquiátrica brasileira, a partir de 1950, passa a ser prestada quase que exclusivamente nos manicômios, através da assistência privada especializada, que associada às novas técnicas, em nada contribuíram à desospitalização e desinstitucionalização.

Segundo Resende (1987 apud Costa e Tundis,1990), o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 representou um marco na assistência psiquiátrica destinada ao doente mental indigente e a uma nova fase de extensão de cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. No entanto, isto se fez sob a égide privatista que, somada à precariedade da rede ambulatorial ainda incipiente, representou uma captação de pacientes para hospitalização. Nos anos entre 1965-1970, houve um fenômeno de afluxo maciço de doentes para os hospitais psiquiátricos da rede privada. Neste período, enquanto as internações nos hospitais públicos psiquiátricos permaneceram estáveis, nas instituições privadas conveniadas a clientela passou de 14.000 em 1965 para 30.000 no final de 1970. O tempo médio de permanência nas instituições privadas na época chegou há três meses.

Estes indivíduos custam ao SUS em média meio bilhão por mês para manter em torno de 80.000 leitos psiquiátricos que continuam ainda em funcionamento no país. Enquanto isso, menos de 5% deste total têm sido utilizado para o financiamento dos serviços substitutivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, os quais são mais baratos, mais eficientes e mais democráticos. É importante também ressaltar que os altos custos da assistência psiquiátrica aos doentes mentais não garantem as condições mínimas toleráveis em termos de tratamento, agravando ainda mais o sofrimento destes usuários (SILVA, 2000). Isto porque as instituições manicomiais, que deveriam constituir-se em espaços onde o doente mental encontraria uma assistência de qualidade e humanizada, passaram a representar locais de maus tratos, sofrimento, exclusão e o desrespeito do direito a liberdade.

A partir desta constatação foram surgindo outras formas de atendimentos alternativos, no sentido de evitar a exclusão do doente no convívio da sociedade e da família, através do atendimento ambulatorial aberto, como centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleo de atenção psicossocial (NAPS), centro dia (hospital dia e hospital noite), entre outros. Essas novas modalidades de assistência são mais eficientes em relação ao tratamento vigente, os quais visam a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, através da participação ativa de seus familiares e responsáveis, evitando o hospitalismo por meio da desinstitucionalização.

4. Políticas de Saúde Mental no Mundo e no Brasil

A proliferação e a superlotação dos hospícios existentes na segunda metade do século XVIII demonstravam a ineficiência da terapêutica Pineliana para com o tratamento dos doentes mentais, e anos posteriores. Pós Segunda Guerra Mundial, aumentavam as preocupações em torno da impotência terapêutica da psiquiatria, gerando como conseqüências índices altíssimos de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social. Esta situação retrata o que vem acontecendo com o atendimento psiquiátrico no Brasil e no mundo há muitos anos. É a degradação do sistema de saúde com mortes e sofrimentos para milhares de doentes mentais que convivem com esta realidade catastrófica (AMARAL, 2002). Diante deste estado constrangedor, o atendimento à saúde mental foi submetido a uma reestruturação por meio de movimentos significativos, com fins de encontrar medidas adequadas para solucionar os problemas ora apresentados. Dentre os mais relevantes, pode-se citar:

1) Psiquiatria de Setor: Movimento que ocorreu em fins da década de 1940, com grande repercussão na França, baseava-se em fundamento econômico e defendia a racionalização dos recursos e hierarquização dos serviços. Este movimento preconizava a utilização de procedimentos terapêuticos extra-hospitalares os quais referiam-se à vinculação clientela/equipe e à prestação de serviços. Estas discussões foram incorporadas pelo Ministério da Saúde no Brasil, no final da década de 1970.

2) Análise Institucional: Movimento surgido na década de 1950, época em que pretendia-se organizar o hospital psiquiátrico com fins de tratar o doente mental respeitando a sua identidade. Este movimento de origem francesa chega ao Brasil no início da década de 1970, com a psicanálise que juntamente com os meios intelectuais e práticas liberais, não afetaram os serviços de saúde mental no Brasil.

3) Comunidade Terapêutica: Movimento Inglês que se deu no início na década de 1950, tinha como pretensão discutir o espaço terapêutico utilizado para tratar o sofrimento psíquico em seu aspecto coletivo, tendo em vista que a coletividade percebia e ainda considerava a saúde mental como uma questão a ser discutida apenas com aqueles que são doentes mentais. Este movimento chega ao Brasil na década de 1960, tendo como marketing a modernidade dos hospitais privados, mas aceitava coexistir com a prática asilar e adotava a linguagem da intervenção educacional preventiva da comunidade.

4) Antipsiquiatria: Movimento iniciado na década de 1960, com origem na Inglaterra, baseava-se na conjectura epidemiológica funcionalista, que pretendia esclarecer os determinantes sociais da doença mental como patologia social. Este movimento tinha como ideologia negar o hospital como um centro assistencial de cuidados, mas não conseguiu, pois levaram para ambulatórios e centros comunitários vários pressupostos gerados da cultura hospitalar.

5) Psiquiatria Democrática: Este movimento tem em Franco Basaglia seu grande mentor, que tenta redefinir o lugar da ação psiquiátrica técnica e integrá-la com as forças vivas da sociedade, pois estava convicto de que a profilaxia da doença mental não compete somente a um saber técnico especializado e sim ao desenvolvimento ético-político-econômico da sociedade como um todo. Teve grande repercussão na Itália em meados de década de 1970, tendo em vista as críticas formuladas pela teoria marxista no tocante aos modelos de atenção e/ou práticas terapêuticas adotadas pelos hospitais psiquiátricos. Segundo a teoria o que era visto como sintoma da doença passou a ser visto como sintoma do modo como a doença era tratada. É preciso, portanto, que os serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos adotem uma função terapêutica e libertadora, conscientizando o doente de sua função de excluído. Essa tomada de consciência permitirá combater os

fatores de opressão e violência que estão na base dos transtornos mentais. As idéias e experiências de Basaglia acerca da desinstitucionalização serviram de base para as propostas de reforma psiquiátrica em todo o mundo.

Alguns países já implantaram a Reforma Psiquiátrica entre esses temos a Itália, que implantou desde 1970, entretanto ainda existem 35 mil pacientes internados em manicômios públicos e particulares. Na Grã-Bretanha houve uma redução de 84% das internações de doentes mentais, e nos EUA, em 1955, havia 558000, os quais foram reduzidos para 132000 em 1980, após implantação da Reforma Psiquiátrica (Disponível em: <<http://psi.ulusofona.pt/alunos/r02porto/total.htm>> Acesso em: 24 de março de 2002).

No Brasil, segundo Mendes (1998) os principais movimentos de reforma psiquiátrica, foram:

1) Reforma Clemente Pereira- ocorrido na cidade do Rio de Janeiro por volta da década de 1850, tendo como líder principal José Clemente Pereira, que juntamente com demais provedores da Santa Casa passaram a pleitear verbas públicas para construir asilos pelo país com o objetivo de isolar da cidade os perturbadores e excluir os improdutivos, ou seja, os doentes mentais iam para os hospícios; os mortos para os cemitérios públicos; os leprosos e tuberculosos para os sanatórios e os escravos para as senzalas. Esta época ficou conhecida como a era de ouro dos asilos.

2) Reforma Teixeira Brandão: aconteceu na década de 1890 em Minas Gerais, período da abolição da escravatura e proclamação da república, época em que se iniciava a luta em torno da necessidade da reformulação da assistência psiquiátrica, enfatizando-se a importância da construção de instituições específicas para doentes específicos. A criação dos manicômios foi uma consequência da luta pelos direitos dos doentes mentais criminosos, iniciada por Teixeira Brandão.

3) Reforma Adauto Botelho: surgiu na década de 1940, em Santa Catarina, fazendo parte de uma grande reforma promovida pelo Dr. Adauto Botelho, que visava adequar os espaços destinados ao tratamento e manutenção dos então chamados "psicopatas". O modelo preconizado era constituído de locais de grande porte, e deveria prestar atendimento adequado de acordo com as normas psiquiátricas, ou seja, não apenas segregar o doente, mas procurar alternativas de tratamento e cura.

4) Reforma Leonel Miranda: Surgiu na década de 1960, época do golpe militar e estratégia da privatização. O objetivo principal deste movimento era criar um sistema de empresas privadas para terceirizar funções do Estado no campo da saúde mental. Os objetivos foram alcançados e a máquina liberal-curativa foi instalada.

5) Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica: Este movimento ocorrido na década de 70/80 tratou de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura.

É importante ressaltar que o movimento de luta antimanicomial neste país teve suas origens nos famosos movimentos de trabalhadores em Saúde Mental, quando estes conseguiram se organizar e irradiar seus princípios por todo o território nacional. Historicamente, porém, o momento inicial ocorreu durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada na cidade do Rio de Janeiro em julho de 1987, e que teve como tema principal a discussão da cidadania e doença mental e as principais recomendações foram: a) “reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, dando prioridade ao sistema de atendimento extra-hospitalar e multiprofissional; b) não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; c) proibição da

construção de novos hospitais psiquiátricos; d) implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção, etc.; e) recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares; f) atendimento de emergência psiquiátrica no setor de emergências de hospitais gerais. Além destas recomendações propõem outras: retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, direito do paciente acessar seu prontuário médico, direito do paciente a escolher o tipo de tratamento e terapeuta; garantias legais contra internações involuntárias (AMARAL, 2002).

Esta Conferência Nacional de Saúde Mental representou o início da trajetória por uma sociedade sem manicômios; isto significa um novo horizonte de ação não apenas das macrorreformas, 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, incorporando novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, os quais passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002).

Este espaço de mobilização e participação social conseguido na I Conferência Nacional de Saúde Mental foi preservada, pois logo em seguida aconteceu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, promulgando o documento final denominado “Declaração de Caracas”, que visa resguardar e ampliar os direitos das pessoas com transtorno mental, recomendando melhores condições para o desenvolvimento de programas descentralizados, participativos e baseados nas necessidades da população (ALVES et al,2003).

Segundo Amaral (2002) a política de reestruturação da atenção psiquiátrica baseada na Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade como nas suas redes sociais; bem como implica na revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico quanto a sua prestação de serviços e recursos humanos que devem salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal, os direitos humanos, mas também civis baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciando dessa forma a permanência do paciente em seu meio comunitário.

Na perspectiva de um avanço mais significativo na implementação da política de saúde mental, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu as recomendações supracitadas e realizou no mês de dezembro de 1992 a II Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foram discutidos três grandes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania, reafirmando os princípios da universalidade, equidade, descentralização, participação popular e municipalização do SUS, propondo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, e a intensificação da desospitalização através dos programas públicos de lares e pensões protegidas, propondo, também, a articulação com os recursos existentes na comunidade e a necessária transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias comunidades e serviços, em busca da desinstitucionalização, bem como da humanização das relações no campo da saúde mental (COSTA-ROSA et al, 2001).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em um momento marcado por diversas experiências e iniciativas nos campos assistencial, jurídico e cultural,

demonstrando inequivocamente a viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, muito embora, já existisse uma Lei aprovada na Câmara dos Deputados, dispondo sobre a ineficiência da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos. Entretanto, o modelo asilar ainda permanece hegemônico insistindo na perpetuação das relações produtoras de exclusão e do sofrimento mental; porquanto, faz-se urgente e necessário avaliar o processo da reforma psiquiátrica, quanto à implantação de novas práticas, novos serviços, enfim, repensar e propor caminhos para sua efetivação. Estas e outras questões foram redefinidas passando a fazer parte da temática organizativa dos debates a serem discutidos na III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nesta Conferência, o tema central das discussões estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, “*Cuidar, sim. Excluir, não*”, afirmativo de uma ética e de uma direção fundamental para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado, encontrava-se também vinculado a um tema local, presente no título, “*Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*”, indicativo de sua organicidade com a construção de um Sistema Único de Saúde - público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social (Disponível em: <www.conasems.org.br/bibli/jornais/ed79.pdf> Acesso em 08 de nov. 2003).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmou também as diretrizes da chamada “Reforma Psiquiátrica”, que vêm mudando a face da assistência em saúde mental no Brasil, mesmo diante de todas as dificuldades. Diversas experiências municipais foram apresentadas, comprovando o bom andamento de outras alternativas nos métodos de tratamento recomendados pela Reforma Psiquiátrica: Centro e Núcleos de Atenção

Psicossocial, oficinas terapêuticas, lares abrigados, emergência psiquiátrica em hospital geral, abordagem à saúde mental na atenção básica, dentre outros. O estabelecimento destes modelos de atenção faz parte de um corpo de diretrizes básicas recomendadas pelo projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado, o qual foi aprovado por unanimidade, em abril de 2001, na Câmara dos Deputados, e trata-se na verdade, de um conjunto de medidas genéricas, visando extinguir os manicômios, que o Estado brasileiro espera que seja adotado por todos aqueles que lidam com o tratamento daqueles que padecem de alguma enfermidade mental (PINTO, 2003; INFANTE, 1989; SÁ JÚNIOR, 2001).

Segundo Uchoa (1981), para que estas medidas sejam postas em prática, torna-se necessário maiores dotações financeiras e pessoal cada vez mais capaz e especializado. Não apenas médicos e enfermeiros psiquiatricamente qualificados, mas toda uma equipe de cooperação interdisciplinar, com o objetivo de consolidar a produção e o intercâmbio científico-cultural, em torno de um objeto minimamente comum: o transtorno mental e os modos de atuação sobre o mesmo, pois o doente mental não exige só assistência médica, como também afeto, respeito, amparo, ou seja, eles merecem serem tratados com igualdade e sem diferença. Dessa forma, exige-se a presença da prática interdisciplinar, como uma maneira de compreender o indivíduo como um todo, ou seja, como uma forma de deixar o doente mental fazer escolhas; enfim, viver sem ferros, sem algemas e sem choques.

A condenação dos hospitais psiquiátricos não é mais novidade, sendo também recomendada a sua extinção pela OMS. Portanto, é preciso desenvolver a rede de atendimento e os trabalhos alternativos e comunitários, visto que as Conferências estabeleceram como metas as mudanças nas leis e nas portarias ministeriais, implantação e

agilização de serviços substitutivos, capacitação e de mobilização de profissionais, usuários.

Após a III Conferência de Saúde Mental observa-se multiplicação dos serviços substitutivos (NAPS, CAPS, Hospitais-dia; etc.), que preconizam o fim da internação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos com a finalidade de oferecer aos mesmos assistência integral, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de lazer, de reinserção social e outros, de maneira que este ambiente seja o menos invasivo possível.

Na região Nordeste do Brasil, alguns Estados, como o Ceará, tinha em torno de oitocentos leitos psiquiátricos, dos quais 250 públicos, no ano de 1993. Antes da implantação do CAPS, a Secretaria de Saúde de Fortaleza registrava cerca de duas internações por mês; após introdução do CAPS, como assistência alternativa, diminuiu significativamente em torno de uma internação a cada oito meses (SAMPAIO, 1987 et al apud MENDES, 1998).

Segundo Rosas (2001), a luta pela reforma psiquiátrica na Paraíba, começou a se organizar no final da década de 70 e início dos anos 80, quando professores e estudantes da UFPB que faziam estágio supervisionado nas Instituições Públicas de Saúde, no município de João Pessoa, entre as quais, as Instituições Psiquiátricas, passaram a discutir questões sobre saúde mental no Brasil e mudanças na assistência dos internos nos hospitais Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford.

Nos Anos 80, técnicos do Hospital Juliano Moreira enviaram documentos às autoridades locais do Ministério de Saúde, sobre as irregularidades na assistência denunciando a direção do Hospital que foi posteriormente afastada do cargo. Nesta mesma

década foi realizado o I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental em João Pessoa, sendo o mesmo organizado por estudantes, professores e pessoas envolvidas com a saúde mental; logo em seguida (1992), foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental com a participação dos técnicos em serviços mentais e das pessoas envolvidas com a saúde mental.

No ano subsequente, após realização do I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, em Salvador, aqui na Paraíba um grupo de profissionais ligados ao Hospital Juliano Moreira, sanatório Clifford e Conselho Regional de Psicologia com outros participantes interessados no referido evento, iniciaram, no Estado, a formação do Núcleo do Movimento de Luta Antimanicomial. A primeira estratégia foi a realização da I Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba, em João Pessoa.

Em setembro de 1994, foi promovido o I Seminário Paraibano em Saúde Mental, em outubro do mesmo ano, a II Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba; estes eventos tiveram como organizadores o Núcleo de Saúde Mental do Estado junto com o núcleo do Movimento de Luta Antimanicomial da Paraíba. Estes movimentos proporcionaram em agosto de 1995, uma sessão especial na Assembléia Legislativa da Paraíba, para discutir a reforma psiquiátrica no Estado, onde o Deputado Francisco Lopes da Silva (PT/PB) apresentou o ante-projeto da Lei de Reforma Psiquiátrica na Paraíba, ficando conhecida como Lei Chico Lopes. Esse ante-projeto foi um esforço conjunto do gabinete do Deputado, do Núcleo de Saúde Mental, Movimento de Luta Antimanicomial e outros setores preocupados com o tema. Foram feitas reuniões para debater o projeto e adequá-lo as peculiaridades do Estado (SILVA FILHO, 1998).

De acordo com Deputado Chico Lopes, em seu discurso de apresentação diz que o projeto busca repensar a forma de lidar com a doença mental, procurando uma recuperação do status de cidadania aos indivíduos qualificados na categoria de doente mental, bem como atribuir ao Estado o dever que lhe cumpre de dar uma assistência especial para estes cidadãos. Ressalta também a necessidade de reformulação que rege a questão psiquiátrica no país que é datada de 1934. Apesar das estratégias de intervenção feitas pelo Deputado este ante-projeto não foi aprovado pela Comissão de Legislação e Justiça.

No primeiro semestre de 1997, o então Secretário Municipal de Saúde firmou o compromisso de implantar serviços substitutivos, no município de João Pessoa, durante sessão na Câmara Municipal em comemoração ao 18 de maio, Dia Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial. Em função do compromisso assumido, o primeiro passo foi dado a partir do encaminhamento feito pela Prefeitura ao Ministério da saúde, solicitando convênio para implantação do Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) (MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL, 1996).

Em 1998, mais precisamente, dia 08 de abril, foi criado o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira em cumprimento a Portaria 343, pelo Secretário da Saúde do Estado e assinada pelo Governador José Targino Maranhão, que nomeou como Coordenadora Clélia Lucena de Andrade Gomes. Este Complexo integra os serviços já prestados pelo Sanatório Clifford, Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira e Centro de Saúde Gutemberg Botelho, objetivando racionalizar os custos sem prejuízos para a efetividade do tratamento, além de hierarquizar cargos e funções buscando fundamentalmente um modelo assistencial coerente com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

Atualmente, o Complexo presta assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos de ambos os sexos, oferecendo-lhes 344 leitos, registrados no Ministério da Saúde, atendendo a população de todo o Estado da Paraíba, como também outros Estados e cidades circunvizinhas. O plano de ação do Complexo fundamenta-se na reforma psiquiátrica, colocando-se em situação de igualdade aos serviços psiquiátricos de grandes centros do Brasil (COMPLEXO PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA, 2003).

Em junho de 2003, foi aprovado o projeto de Lei 215/2003 (Anexo 2) do Deputado Ricardo Coutinho, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba, determinando a implantação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental que vise a progressiva substituição do Modelo Hospitalocêntrico pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao Sistema de Saúde, determina regras de proteção aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, e dá outras providências.

A Política de Saúde Mental a nível local, ou melhor, na cidade de Campina Grande, tornou-se mais evidente no ano de 1983, com a realização da III Jornada de Psiquiatria, onde foram debatido, além de outras temáticas, questões relacionadas à Assistência Psiquiátrica, visto que na capital já existia em pleno funcionamento o Núcleo de Saúde Mental, que estabelecia critérios e normas com o intuito de promover a humanização e qualidade na assistência prestada no ambiente hospitalar.

O primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP) na cidade de Campina Grande-PB, foi inaugurado antes da municipalização do SUS, em meados na década de 90, funcionando durante muitos anos na Rua Getúlio Vargas, atendendo pacientes que

recebiam alta dos Hospitais Psiquiátricos. Neste Núcleo, os doentes mentais eram acompanhados por meio de atendimento ambulatorial, cujo público era formado por adolescentes, adultos e idosos, que eram tratados por médicos psiquiatras e ainda tinham direito ao medicamento. Anos após este Núcleo foi transferido para a “Casa de Saúde Dr. Francisco Brasileiro”, onde também continuou com a equipe multiprofissional formada por Psiquiatras Campinenses, dentre eles, destacam-se: João Adolfo Mayer, José Cassimiro do Ó, Vilma Lúcia Fonseca Mendonza, Marilita Lúcia de Castro Mendonza, Francisco de Araújo Barbosa, George Suetônio Ramalho, dentre outros.

Depois da municipalização do SUS em Campina Grande-PB, e também das mudanças ocorridas no Brasil, ao longo dos anos, em relação à reformulação dos serviços de saúde mental, estes aspectos transformaram-se em pautas de discussões nas 1ª e 2ª Conferências de Saúde Municipal. As mesmas ocorreram num momento em que a assistência psiquiátrica pública no Brasil clamava por uma política de redução dos leitos hospitalares localizados nos Hospitais Psiquiátricos visando melhorar a humanização do tratamento dispensado ao doente mental, mas durante vários anos esta proposta ficou apenas no papel, tendo em vista que uma de suas metas era promover uma ampla discussão com os diferentes segmentos da sociedade, sobre a proposta da reforma psiquiátrica, que prevê a extinção progressiva de manicômios e sua substituição por uma rede alternativa de atenção à saúde mental: Unidades Básicas de Saúde Mental, Hospitais Dia, Hospitais Noite, Centro de Convivências, Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais, e outras formas, segundo critérios e planejamento locais, com acompanhamento de comissões locais e estaduais de saúde mental (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1996).

Estes problemas detectados e recomendados pela I e II Conferência Municipal de Saúde não foram solucionados e, mais uma vez, quatro anos mais tarde, na III Conferência de Saúde de Campina Grande-PB, em relação à saúde mental, esta Conferência aprovou como proposta a criação de um centro de convivência não asilar para pessoas portadoras de doenças mentais, tipo leito dia, na perspectiva da reforma psiquiátrica.

Com o objetivo de reivindicar e buscar soluções para os problemas apresentados nestas Conferências, principalmente, no que diz respeito a saúde mental, no mês de março de 2002 foi realizado o I Encontro Municipal de Saúde Mental de Campina Grande-PB, tendo como tema principal “Construindo Diretrizes”. O Encontro foi coordenado pela Secretaria de Saúde do Município, e teve como objetivo repensar e construir diretrizes acerca da situação da saúde mental no município e cidades circunvizinhas.

Meses depois foram realizados dois Fóruns de discussão sobre saúde mental, que resultaram no Plano Municipal de Saúde Mental (anexo 4). Segundo a Coordenadora Técnica do Núcleo de Saúde Mental este plano objetiva implantar no município de Campina Grande-PB a Reforma Psiquiátrica, que tem como diretrizes de atuação resgatar e assegurar a cidadania do doente mental, processo este que deve envolver toda a sociedade.

Como resultado destes movimentos, ou seja, as Conferências municipais e os Fóruns, em dezembro de 2002, foi aprovada a Lei Número 4.068 – de autoria da Vereadora Maria Lopes Barbosa (Anexo 3), que fixa diretrizes para a saúde mental do Município; dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determinando a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que já possui uma legislação a qual garante sua implantação. Dentre esta temos o projeto de Lei aprovado em abril de 2001, proposto pelo Deputado Paulo Delgado (anexo 1), que vinha tramitando há doze anos no Congresso como um instrumento legislativo anti-internação, antimédico e anti-psiquiátrico, com fins de proteger os direitos das pessoas acometidas por transtornos psíquicos, assegurado-os de qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção, política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Disponível em: <http://www.saudemental.med.br/final.htm>. Acesso em: 05 de janeiro de 2003).

Atualmente, a Paraíba já tem disponível em funcionamento quatro Cap's (Centro de Apoio Psicossocial), estando dois localizados em João Pessoa, um em Cajazeiras e um em Souza; a previsão é de instalação de mais um Cap's na cidade de Campina Grande, Santa Rita e Cabedelo.

O modelo que inclui os Caps, proposto pelo governo federal, não conta com a aprovação da Associação das Famílias e Amigos dos Doentes Mentais da Paraíba. Segundo Naziomar Araújo, presidente da Associação, o modelo está sendo copiado de Cuba, “uma ilha que tem uma realidade social muito diferente da do Brasil” (Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.globo.com>. Acesso em 10 de outubro de 2003).

A atual presidente acredita que os Caps não comportam a demanda atual. Ela questiona a concessão de uma bolsa de 240 reais para as famílias que receberem seus doentes de volta no Programa “Volta para casa”. O governo espera atender 2 mil pessoas este ano neste programa. Até 2007, a meta é beneficiar 14 mil pacientes que receberiam alta do hospital psiquiátrico para se recuperar em casa, com o apoio da família. O auxílio (R\$

240,00) que o governo oferecerá para reabilitação psicossocial será pago mensalmente durante um ano, renovável caso o paciente ainda não esteja em condições de se reintegrar totalmente à sociedade. Pela proposta encaminhada ao Congresso, poderão receber o incentivo pacientes que tenham permanecido internados em unidades psiquiátricas por um período mínimo de dois anos. Além deste auxílio financeiro, haverá um programa de reintegração assistida com ações de reabilitação, trabalho protegido, lazer assistido, dependendo da necessidade de cada paciente. Esse valor, segundo ela, “não cobre as despesas que um doente mental exige, além dos cuidados específicos, que não podem ser garantidos em casa”.

5. Metodologia

5.1 Tipo de estudo

A pesquisa compreende um estudo descritivo, transversal, analítico e documental, com abordagem qualiquantitativa.

5.2 População do estudo

Foi constituída de profissionais de saúde, de prontuários dos doentes mentais, Coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental do Estado da Paraíba e município de Campina Grande e de políticos que legislaram sobre a Reforma Psiquiátrica no âmbito da Paraíba.

5.3 Processo de Amostragem

O tipo de amostragem para o estudo foi aleatória simples com população finita, onde foram selecionadas duas amostras: uma constituída de 23 profissionais de saúde retirada entre os 66 profissionais atuantes nas unidades hospitalares psiquiátricas; a outra foi composta de 384 prontuários dos doentes mentais que foram atendidos no período do estudo (2000 a 2002) selecionados aleatoriamente dentre os 8333 prontuários existentes nos hospitais pesquisados.

Para o cálculo do tamanho desta amostra (384), considerou-se uma população finita, com intervalo de confiança de 95% uma margem de erro de 5% e uma população p de indivíduos, sendo $p = 0,5$, daí calculou-se:

$$n = \frac{N.Z^2.P.Q}{(N - 1)e^2 + Z^2.P.Q}, \text{ sendo } Q = 1-P$$

em que:

N = tamanho da população no período estudado;

Z = valor da normal padrão para um nível de 95% de confiança;

P = estimativa da proporção de indivíduos;

E = erro máximo admitido ao estimarmos a população p.

Assim temos,

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q} = \frac{8333 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,25)}{8332 \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,25)} \quad n = 384$$

Devido um dos hospitais ter apresentado um número muito elevado de internações, comparado com o outro, decidiu-se usar estratificação proporcional considerando o número de internamentos por Hospital para calcular o tamanho dos estratos para cada hospital. Sendo assim, o Hospital A registrou no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002, cerca de 2903 internações, correspondendo a 34,85%, em relação ao total dos internamentos, enquanto que no Hospital B no mesmo período ocorreram 5430 internações, correspondendo a 65,15%. Sabendo que o tamanho da amostra era de 384, esta foi calculada para cada hospital da seguinte forma: Hospital A: $0,3485 \times 384$ o que correspondeu a 134 e o Hospital B: $0,6515 \times 384$ que resultou em 250 pacientes.

Com relação aos profissionais da área de saúde foram entrevistados aleatoriamente 6 enfermeiros, 13 auxiliares de enfermagem, 2 médicos e 2 assistentes sociais . No que diz respeito aos políticos foram entrevistados Coordenadoras Municipal e Estadual do Núcleo de Saúde Mental, uma Vereadora e um Deputado Estadual. Nas entrevistas foram abordadas questões sobre Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica; Dificuldades enfrentadas devido a reorganização dos serviços; Mudanças ocorridas após a proposta da Reforma Psiquiátrica e Implantação e efetivação da lei de Reforma Psiquiátrica

5.4 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Utilizou-se na coleta de dados a técnica da entrevista semi-estruturada junto à equipe multiprofissional de saúde, Coordenadora Estadual de Saúde Mental e do município de Campina Grande e políticos. Quanto aos instrumentos para coleta dos dados adotou-se um questionário (apêndice 3), e um formulário (apêndice 2).

5.5 Tratamento estatístico

Os dados foram transportados para planilhas e armazenados no programa software Excel distribuídos e analisados através de frequências absolutas e relativas e apresentados sob forma de tabelas e figuras e os dados coletados dos entrevistados acerca dos depoimentos, os mesmos foram transcritos segundo os relatos e em seguida discutidos considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

5.6 Variáveis do estudo

5.6.1 Características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos

Idade

Sexo

Procedência

Estado Civil

5.6.2 Dados dos serviços dos hospitais psiquiátricos

Número de Leitos

Número de internamentos

Tempo de Internação

Diagnósticos prevalentes

5.6.3 Equipe Multiprofissional de Saúde, Coordenadoras de Saúde Mental e Políticos

Conhecimento sobre a reforma psiquiátrica

Dificuldades enfrentadas para a reorganização dos serviços

Mudanças ocorridas após a proposta da reforma psiquiátrica

Implantação e efetivação da lei de Reforma psiquiátrica

5.7 Considerações éticas

Para efetivação desta pesquisa foi realizada uma prévia autorização do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e de um termo de consentimento dos Profissionais de saúde, Coordenadoras de Saúde Metal e políticos, como também dos diretores dos Hospitais, para que fosse permitida a publicação dos dados coletados para este estudo.

6. Apresentação e Discussão dos Dados Coletados

Neste capítulo serão apresentadas e, simultaneamente analisados os dados desta pesquisa na seguinte seqüência: aspectos da assistência psiquiátrica hospitalar no município de Campina Grande-PB; análise da Reforma Psiquiátrica na perspectiva dos profissionais de saúde, políticos e Coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental.

6.1. Aspectos da assistência psiquiátrica hospitalar no município de Campina Grande-PB.

6.1.1 Características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos no período de 2000 a 2002.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sócio-demográficas dos doentes mentais que foram internados em dois hospitais psiquiátricos, no período de 2000 a 2002, na cidade de Campina Grande-PB.

TABELA 1. Distribuição percentual das características sócio-demográficas dos doentes mentais internados nos hospitais psiquiátricos, no período de 2000 a 2002, na cidade de Campina Grande-PB.

VARIÁVEL	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
IDADE		
< 15	0,0	0,0
15-25	56	14,5
26-45	210	55,0
46-55	73	19,1
56-65	38	9,8
>65	07	1,6
SEXO		
Masculino	253	65,9
Feminina	131	34,1
PROCEDÊNCIA		
Outros municípios da Paraíba	357	92,2
Outro Estado	27	6,8
ESTADO CIVIL		
Solteiro	308	80,3
Casado	59	15,3
Divorciado	06	1,5
Viúvo	09	2,4
Desquitado	00	0,0
Outros	02	0,5

Dentre os prontuários dos pacientes estudados (384), verificou-se que a maioria (65,9%) era do sexo masculino, prevalência semelhante (56,7%) e (55%) foi encontrada respectivamente nos estudos de Santos et al (2000) e Lancman (1997).

A faixa etária que predominou neste estudo foi de 15 a 45 anos (69,5%) e não foi encontrado doentes mentais na faixa etária menor que 15 anos. Segundo Kolb (1976) as doenças mentais são raras de se apresentarem na adolescência, sendo mais comuns à medida que a idade avança.

Quanto ao estado civil, observamos que tanto nos resultados encontrados neste estudo (80,2%), como também nos obtidos nos estudos realizados por Araújo (1979) e Fukuka (1978) uma elevada proporção de solteiros. Venosa (2002) justifica que além dos doentes mentais encontraram dificuldades para iniciarem uma relação conjugal estável ao longo da vida, os mesmos são considerados incapazes de responder por seus atos civis, devido sua insanidade mental, segundo os preceitos legais referendados pelo Código de Direito Civil.

Quanto à procedência (64,1%) eram de outras cidades da Paraíba ou de outros estados, e somente (35,9%) procediam de Campina Grande.

Uma possível explicação para este fato reside na ausência de serviços alternativos e de hospitais psiquiátricos no interior do estado, o que obriga estes doentes a deslocarem-se na busca de assistência em Campina Grande, tornando-a um pólo de referência para assistência em Saúde Mental dos seus municípios e de outros municípios.

Estes dados mostram a necessidade dos gestores junto com os demais atores sociais dos diversos municípios envolvidos com esta problemática discutirem e negociarem o processo para implantação ou implementação da Reorganização da Assistência em Saúde

Mental segundo os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, os quais recomendam assistência integral, descentralizada e humanizada.

6.1.2 Dados dos serviços hospitalares dos hospitais psiquiátricos na cidade de Campina Grande-PB

Quanto ao número de leitos existentes nas unidades hospitalares pesquisadas, constatou-se que a cidade de Campina Grande-PB dispõe de 483 leitos, na sua maioria (98,3%) estão conveniados com o SUS. (Tabela 2).

Lima et al (1999) ressalta que não basta escassear leitos hospitalares para que se garanta o fim da cronificação, é preciso a criação de serviços alternativos de atendimento atuando com ações de promoção, proteção e recuperação, para que se evite, sempre que possível, a cronificação de pacientes agudos garantindo um atendimento humanizado e de qualidade para a comunidade. Além disto, é importante que o governo assuma definitivamente a responsabilidade por uma população de indivíduos que permanecem depositados em hospitais ameaçados de fechamento diante da política da reforma psiquiátrica, os quais estão condenados a vagar de hospital em hospital, pois tem como morada definitiva as clínicas psiquiátricas contratadas. Esta situação é a pior de todas, porque caracteriza mais do que um “asilo ambulante”: o paciente é reduzido a objeto passivo, por não ser mais paciente de um hospital, ou de um médico.

Além de segregador, o hospital psiquiátrico também revela seu caráter iatrogênico, perverso, que ao invés de recuperar, confirma e reforça a doença mental. Então, as reformas, mudanças e/ou implantações de novos serviços não devem se inspirar na desospitalização, mas sim, na desinstitucionalização, ou seja, evitar o prolongamento do paciente no hospital e sua conseqüente cronificação e afastamento social. Em muitos países, como o Brasil, esta

situação ainda não foi modificada, A solução não é ação simples, é uma questão complexa que envolve diversos interesses e poderes. Lima et al. (1999) questiona de que adianta fechar as portas do hospital e não criar locais de atendimento adequado como preconiza a reforma. Parece que a situação está mais concentrada em custos do que em assistência. Esta realidade não é diferente do município de Campina Grande, pois até o momento não foi iniciado nenhuma atividade preconizada pela Reforma Psiquiátrica, os doentes continuam recebendo sua assistência centrada no hospital, qualquer que seja o tipo de diagnóstico. Vale ressaltar que todos recursos financeiros do SUS, encontram-se sobre a administração do município.

Na Tabela 3, observa-se que foram realizadas no período de 2000 a 2002 cerca de 8333 internações nos hospitais psiquiátricos na cidade de Campina Grande.

TABELA 3. Distribuição percentual dos internamentos registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB.

ANO	HOSPITAL					
	Dr. Maia		Dr. João Ribeiro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2000	868	29,5	1815	36,6	2683	32,2
2001	1065	36,2	1783	33,1	2848	34,2
2002	1006	34,3	1796	33,3	2802	33,6
TOTAL	2939	100,00	5424	100,00	8333	100,00

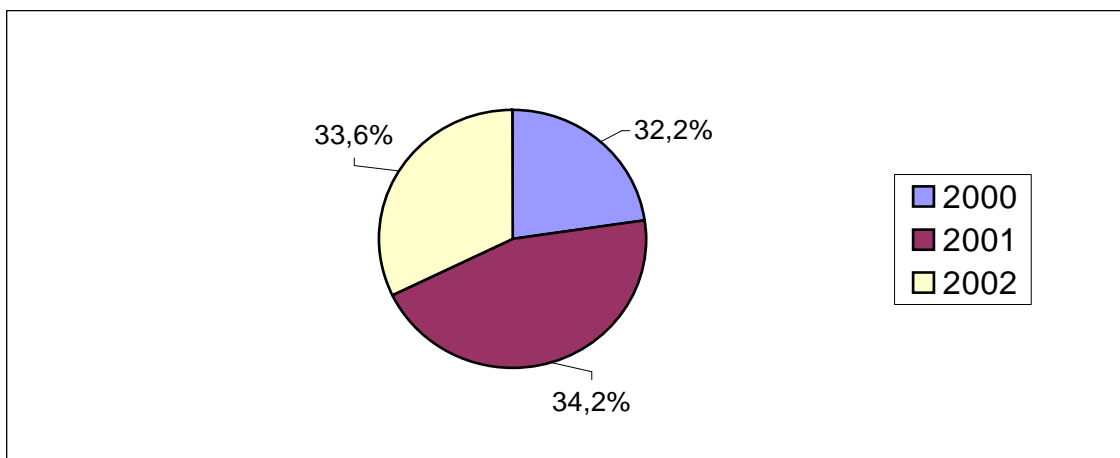


FIGURA 1. Distribuição percentual dos internamentos registrados no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB.

Os dados mostram que não houve modificações quanto ao número de internações no período de 2000 a 2002, porém houve um aumento de 4,44% nas internações no referido período, Situação esta contraditória com os princípios da Reforma Psiquiátrica que recomenda a redução das internações e ampliação e descentralização de ações primárias e secundárias para assistir o doente mental fora do convívio hospitalar e mais próximo do convívio da família.

TABELA 4. Distribuição percentual por tempo de internação registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB.

TEMPO DE INTERNAÇÃO		
VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
< 1 ano	135	35,2
2-5 anos	120	31,2
5-10 anos	112	29,1
+ 10 anos	17	4,5

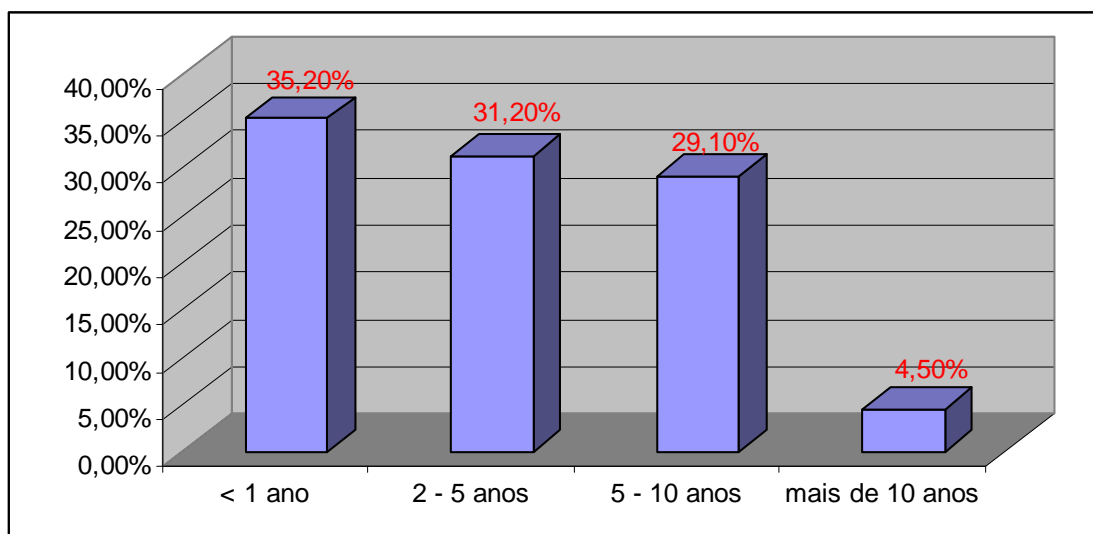


FIGURA 2. Distribuição percentual por tempo de internação registrados nos hospitais psiquiátricos no período de 2000 a 2002, Campina Grande-PB.

Constatou-se em relação ao tempo de internação que (33,6%) dos pacientes estavam internados há mais de 5 anos e com menos de 5 anos (66,4%). Este estudo apresenta dados contraditórios aos números encontrados por Gomes et al (2002), ou seja, enquanto este autor encontrou um maior número de pacientes internados há mais de 10 anos (36,5%), em nossa pesquisa foi encontrado um número reduzido, ou seja, apenas, 4,5% (Tabela 4) encontravam-se internados há mais de 10 anos.

Os dados da Tabela 5 mostra os diagnósticos prevalentes, onde observou-se que a predominância foi da Psicose não orgânica com 29,2% em relação ao total dos diagnósticos seguido pela Esquizofrenia Simples (20,0%).

TABELA 05. Distribuição percentual das internações psiquiátricas segundo os diagnósticos, no período de 2000 a 2002 - Campina Grande - PB.

DIAGNÓSTICOS	HOSPITAIS											
	A					B					Total Geral	
	2000	2001	2002	Total	%	2000	2001	2002	Total	%	Total	%
Psicose não orgânica	11	13	17	41	30,5	28	23	20	71	28,4	112	29,2
Esquizofrenia simples	11	16	12	39	29,2	14	13	11	38	15,2	77	20,0
Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	8	7	9	24	17,9	12	19	14	45	18	69	18,0
Esquizofrenia não especificada	0	0	1	1	0,7	9	9	13	31	12,4	32	8,3
Esquizofrenia residual	0	0	0	0	0	11	11	12	34	13,6	34	8,8
Transtorno mental não específico	0	1	1	2	1,5	3	2	3	8	3,2	10	2,6
Transtorno afetivo bi-polar não específico	2	2	1	5	3,8	0	1	0	1	0,4	6	1,6
Transtorno Esquizofrênico	0	1	4	5	3,8	0	1	2	3	1,2	8	2,1
Transtorno psicótico breve	0	0	1	1	0,7	1	3	2	6	2,4	7	1,8
Esquizofrenia Catatônica	0	2	0	2	1,5	0	0	0	1	0,4	3	0,8
Outros	6	5	3	14	10,5	5	4	3	12	4,8	26	6,8
Total	38	47	49	134	100	83	86	80	250	100	384	100

Constatou-se que os hospitais estudados não adotam critérios de internação por tipo de diagnóstico, e o número de internamentos pelo uso de álcool ainda é bastante significativo, foi um dos diagnósticos mais frequentes dos usuários que foram internados no período (18,0%) estudado. Entretanto, vale salientar que no ano de 2002 foi extinta a ala destinada aos portadores de transtorno devido ao uso de álcool no Hospital Dr. João Ribeiro, segundo relato dos profissionais de saúde entrevistados, o qual foi confirmado pelo Diretor deste hospital.

6.2 Análise da Reforma Psiquiátrica na perspectiva dos profissionais de saúde , Coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental e Políticos.

6.2.1 Opinião dos profissionais de saúde

Na entrevista realizada com os 23 profissionais das equipes multiprofissionais de saúde que atuavam nos Hospitais Psiquiátricos de Campina Grande-PB sobre o conhecimento da reforma psiquiátrica; as dificuldades enfrentadas para reorganização dos serviços e os avanços decorrentes após a oficialização da Reforma Psiquiátrica, foi possível constatar através dos depoimentos dos entrevistados que:

Dentre os profissionais entrevistados, 78,3% (correspondendo a 18 profissionais) destes responderam que têm conhecimento da Reforma Psiquiátrica como pode ser verificado a seguir:

“A reforma faz parte de um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que visa extinguir os hospitais psiquiátricos”(sete auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras).

“A reforma psiquiátrica tem sido algo bastante discutido nos últimos anos. A mesma tem como proposta humanizar o tratamento oferecido ao doente mental”.(duas Assistentes Sociais, três Enfermeiras e um médico).

“Através da reforma o governo vai ter que disponibilizar atendimento mais humanizado aos doentes mentais”.(três auxiliares de enfermagem).

A minoria, quatro profissionais (17,4%) em seus testemunhos, disseram:

“Ainda não tenho conhecimento sobre o assunto”. (três auxiliares de enfermagem)

“Com esta nova proposta, o doente não ficará internado por longo período de tempo, pois a família passará a assisti-lo sem medo e sem preconceito”(uma enfermeira).

Apenas um profissional (4,3%) além de ter conhecimento sobre a problemática, fez contestação sobre a mesma, dizendo:

“Como tudo no Brasil é de faz de conta. Um Deputado Federal, de dentro de seu gabinete refrigerado, longe do dia-a-dia do mundo cão, apresentou um Projeto simplesmente extinguindo os Hospitais Psiquiátricos, dando “ênfase ao sistema ambulatorial”, com o que eu até concordaria se não vivesse há 25 anos em contato com portadores de transtornos mentais”(um médico).

Com estes resultados, observou-se que a maioria da equipe multiprofissional de saúde das unidades hospitalares estudadas em Campina Grande, encontra-se informada quanto às mudanças que estão ocorrendo no Brasil no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica, que tem como propósito extinguir os manicômios. Talvez isto se deve aos inúmeros trabalhos que estão sendo feitos em todos os estados brasileiros, especificamente, através de congressos, palestras e fóruns, que, certamente, esta é a maneira de se propagar as mudanças no campo da saúde mental. Entretanto mesmo as equipes tendo conhecimento da nova proposta da reorganização dos serviços, os mesmos continuam adotando às mesmas práticas e submetendo-se as mesmas normas do sistema tradicional. Sabemos que a implantação destas recomendações independe da qualificação e conhecimento dos profissionais, mas sim, das decisões políticas, tanto do nível nacional, estadual e local. Entretanto, os profissionais podem e devem mobilizarem-se através de suas entidades

representativas, pois os mesmos são atores sociais importantes na transformação desta situação.

Com relação ao atendimento ao doente mental, é importante mencionar que o Projeto Lei nº 3657, do deputado Paulo Delgado, dispõe da extinção progressiva dos manicômios, o doente mental deverá ser tratado com humanidade e respeito em ambiente terapêutico o menos invasivo possível, como também protegido contra qualquer forma de abuso e exploração. Estas exigências visam recuperar este doente inserindo-o na comunidade. Quando foram questionados sobre estes direitos garantidos nesta lei, a maioria dos entrevistados (52,2%) ou seja, doze profissionais confirmaram que não viram mudanças quando disseram:

“Não vejo mudanças no atendimento oferecido por estes hospitais, visto que estes doentes continuam sem receber tratamento compatível com sua realidade patológica”(três enfermeiras, um médico, seis auxiliares de enfermagem e duas assistentes sociais).

Enquanto onze profissionais (47,8%), disseram em seus relatos:

“Já percebi algumas modificações no ambiente de trabalho, principalmente no que diz respeito à humanização do atendimento e redução no número de internações”(três enfermeiras e três auxiliares de enfermagem)..

“No meu dia-a-dia de trabalho já dá para perceber algumas diferenças, claro, se o governo quer mudar, quem somos nós para resistimos a mudança?”(um médico e quatro auxiliares de enfermagem).

Percebe-se diante destes relatos que não houve grande discrepância entre a proporção de profissionais quanto as opiniões sobre as mudanças decorrentes da implantação da Reforma Psiquiátrica nos seus ambientes de trabalho.

Para que ocorram mudanças na assistência e nos atendimentos realizados pelos hospitais psiquiátricos, é preciso que sejam construídas pontes de dignidade, igualdade e humanização entre os profissionais, os diretores destas unidades hospitalares e os familiares destes doentes mentais, pois os mesmos há anos sofrem maus tratos por apresentarem condutas anormais em relação às normas estabelecidas pela sociedade.

Portanto, torna-se necessário estabelecer políticas e programas de qualificação de recursos humanos que envolva usuários, familiares, profissionais de saúde e gestores para que possam atender os pressupostos da política de reorganização da assistência em saúde mental.

Isto não é fácil, mas também não é impossível, uma vez que é um processo que dependerá das decisões políticas mas também da interação e compromisso de todos os atores sociais envolvidos com esta problemática (governo, gestores, profissionais, familiares e os doentes mentais) na luta para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Em outros estados brasileiros como Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo já existem Hospitais Psiquiátricos, Nap's, Cap's e serviços ambulatoriais atendendo doentes mentais conforme os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, por que campina Grande ainda não?

É necessário que a população tenha conhecimento e entendimento que isto é um direito de cidadania garantido constitucionalmente através da Lei 8080 do sistema Único de Saúde que garante: “Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado” e pela Lei 10.216/01, que eles dispõem destes e outros mecanismos legais para acionar as instâncias governamentais a cumprirem. Acredito que o nosso papel como profissionais de saúde e docentes é criar mecanismos efetivos de comunicações com a comunidade em quaisquer espaços sociais que atuemos: em salas de aula, associações, sindicatos, na comunidade assumindo a nossa responsabilidade como profissional-educadores mas, antes de tudo, como cidadãos cooperando na construção da cidadania junto com a população.

Quanto aos questionamentos junto aos profissionais sobre as dificuldades na implantação da reforma, vinte funcionários (86,9) atribuíram como dificuldades:

“ A falta de conscientização dos familiares perante o assunto, que muitas vezes quer internar o doente, mesmo que não haja necessidade, pois deixá-lo no hospital é como um alívio para a família”.(dois médicos, três enfermeiras, uma assistente social, quatro auxiliares de enfermagem).

“Redução dos recursos humanos, pois quanto menos profissionais, mais dificuldades. É preciso investir não só em quantidade, mas também, em qualidade para uma efetiva implementação”.(três enfermeiras, uma assistente social, seis auxiliares de enfermagem

Uma percentagem significativa, três profissionais (13,1%) relataram ainda que:

“Se a própria família rejeita o doente mental, será mais difícil sua recuperação, se os diretores de hospitais continuarem resistindo para mudança, o doente mental ainda tem muito o que sofrer”.(três auxiliares de enfermagem).

Pelos depoimentos ficou claro a preocupação de alguns profissionais de saúde sobre a descentralização da assistência do doente mental, quando afirmaram:

Na verdade se o doente mental sai do hospital psiquiátrico para ser tratado em regime ambulatorial, quem ficará responsável por este doente, se nem mesmo a família o aceita como cidadão?. Eles afirmaram “que talvez um dos fatores que leve a família a rejeitar o doente mental esteja associado às condições sócio-econômicas, como também a existência do preconceito e medo gerados pelas famílias destes doentes, e que era necessário, antes desta descentralização, um trabalho de preparação junto às famílias sobre esta nova modalidade assistencial e como cuidar de seus doentes, diante de algumas situações que possam surgir no domicílio”.

Quando se fala de avanços decorrentes da reforma, cabe ressaltar que no mundo inteiro ainda existem milhões de doentes mentais sendo tratados em regime de internações. Esta situação contradiz os preceitos da reforma psiquiátrica, que preconiza serviços realizados a nível ambulatorial. Aqui, na Paraíba, especialmente em Campina Grande, como estarão se comportando estas internações e avanços?

Sobre este aspecto, com relação aos avanços segundo as opiniões de 23 profissionais de saúde decorrentes desta reforma, este estudo mostrou que 95,7%, (equivalendo a 22 funcionários da área de saúde) dos entrevistados afirmaram:

“Ainda não vi evoluções positivas, ou seja, o doente mental continua sendo tratado em regime de internação”. (dois médicos, duas assistentes sociais, treze auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiras).

Apenas um entrevistado (4,3%) relatou:

“Os avanços são lentos, pois o sistema sente dificuldades para avançar nesta perspectiva. Entretanto, vejo como avanço positivo o número reduzido do uso de medicamentos”.(uma enfermeira).

Diante dos relatos dos profissionais destes profissionais, foi possível concluir que a equipe multiprofissional de saúde que atua nos hospitais psiquiátricos na cidade de Campina Grande demonstrou ter conhecimento das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica; entretanto, relatam que estas unidades hospitalares continuam adotando regime de internação como forma de tratar o doente mental sem fazer seleção e restrição quanto ao tipo de diagnóstico e modalidade de tratamento. Eles afirmaram que esta situação deve-se a falta de conhecimento dos familiares perante o assunto, rejeição da família para com seus doentes e falta de decisão política dos gestores responsáveis pela implantação das Políticas de Assistência ao doente mental.

6.2.1 Opinião dos políticos

Na entrevista realizada com os políticos que elaboraram as leis em nível estadual e municipal (Campina Grande) foram abordadas questões sobre a Problemática da Saúde Mental, as leis e ações executadas para implantação e efetivação da Reforma Psiquiátrica no âmbito do estado da Paraíba.

No que diz respeito a preocupação com a Reforma Psiquiátrica, vale ressaltar que os hospitais psiquiátricos vêm sendo freqüentemente denunciados por familiares, profissionais e usuários como espaços ineficazes para abrigar o doente mental e são apontados como um dos principais responsáveis pela sua cronificação. Com base nestas considerações, foi perguntado aos políticos o que os levou a se preocupar com a problemática da Reforma Psiquiátrica. Eles responderam:

“Há 30 anos sou representante do povo campinense. Portanto seria inevitável saber dos seus principais problemas. A ausência de uma política para a saúde mental é um desses problemas. Muitas vezes vi e ouvi clamores neste sentido: ausência de medicamentos e de tratamentos dignos...”(Vereadora)

“Ao longo de 10 anos de mandato (6 anos como vereador e 4 como deputado estadual), temos uma atuação de destaque na área da saúde, pautando as questões, dilemas e desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde, tanto no município de João Pessoa, como no Estado da Paraíba. Precisamos avançar na transformação desta realidade. Essa foi e está sendo a nossa preocupação em pautar este difícil debate na Assembléia Legislativa. Depois de várias questões difíceis que enfrentamos ao longo do mandato relativas à problemática dos portadores de sofrimento psíquico, resolvemos apresentar este projeto de lei, fundamentando inclusive numa série de acúmulos que dentro da saúde pública já se percebe em muitos estados e municípios. (Deputado Estadual).

A Lei de Reforma Psiquiátrica já existe desde abril de 2001, porém só alguns estados estão cumprindo as normas determinadas por esta Lei. Por que a mesma ainda não foi efetivada ?

Segundo os entrevistados, *“o Brasil é um país privilegiado juridicamente, pois temos leis modernas, leis belas. Mas, o percurso para que uma lei deixe de ser apenas ideal e passe a ser uma prática é longo. No tocante à saúde mental, ainda mais. Na minha opinião isto se deve em muito ao preconceito e ao lugar que a loucura ocupou e ocupa ao longo de toda nossa história, ou seja, um lugar de exclusão. No entanto, não se pode deixar de observar os avanços, um deles é a saúde mental fazer pauta de prioridades do atual governo federal.”*(Vereadora)

“A lei 10.216 representou uma conquista importante a nível nacional. No entanto, o período de tramitação da matéria no Congresso Nacional (12 anos),bem como os vários substitutivos que foram apresentados, demonstram as dificuldades e os variados interesses que circulam dentro dos hospitais e serviços de saúde mental. Isso fez com que a diretriz geral da reorientação fosse mantida, mas vários outros pontos tiveram de ser negociados, e o o texto da lei representou o consenso possível das bancadas partidárias, tanto na câmara como no senado”(Deputado Estadual.).

No estado da Paraíba e no município de Campina Grande já foram aprovadas Leis garantindo os direitos de cidadania aos portadores de transtorno psíquico, mas para que esta Lei seja cumprida é necessário ações concretas.Neste sentido, foi perguntado aos políticos o que eles estão fazendo, em termos de ações, para que esta Lei seja efetivada. Eles responderam o seguinte:

“A efetivação desta lei depende do empenho de toda a sociedade. É preciso que haja o controle social e ações intersetorializadas. Uma lei é de uma sociedade e não de indivíduos isolados. No momento, luto para divulgação da Lei, afinal, precisa ser apresentada e conhecida pela nossa sociedade”(Vereadora).

“Temos um importante papel fiscalizador através do mandato popular. Acredito que deva existir um esforço coletivo no sentido de aglutinarmos os usuários, as associações de familiares, os trabalhadores de saúde mental, o Movimento de Luta Antimanicomial, as organizações de direitos humanos, os gestores do SUS, o Ministério Público e demais setores da sociedade civil organizada no sentido de cobrar a consolidação de avanços importantes na Lei 10.216. Como presidente da Comissão Permanente de Saúde da Assembléia Legislativa, estamos tentando colocar esse debate na mesa e o projeto de lei constitui um importante instrumento que vai acrescentar alguns importantes avanços já conseguidos através das portarias ministeriais e da Lei 10.216. Um exemplo claro, que a meu ver pode ser alvo deste esforço, é a regulamentação das internações involuntárias, proposta na Lei Federal. Acredito que a internação involuntária não deva ser tratada somente como uma questão legalista, através da simples comunicação ao Ministério Público Estadual. No PL 215, que apresentamos na Assembléia, estamos propondo que seja constituída, quando necessário, uma junta interdisciplinar para avaliar a real necessidade da internação ou propor o encaminhamento a outros serviços”(Deputado Estadual).

Com estes depoimentos e com a literatura consultada, constatou-se que os espaços legais foram criados no âmbito do Brasil, no nosso estado e no município de Campina

Grande através das Leis nº 215/2003 e nº 4068/2002. Isto já é um grande avanço do processo da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, há necessidade de se criar mecanismos de mobilização de toda sociedade que tenha algum envolvimento ou compromisso na solução da problemática da assistência ao doente mental, para a luta da implantação e efetivação das leis já existentes.

6.2.2 Opinião das Coordenadoras Estadual e Municipal de Saúde Mental

Na entrevista realizada com as Coordenadoras Municipal e Estadual do Núcleo de Saúde Mental foram feitos três questionamentos versando sobre mudanças na política pós aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica; dificuldades para implantar a reforma; ações atuais que estão sendo realizadas para concretização da implantação da reforma.

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem implantado algumas mudanças no que diz respeito à reorganização na assistência no campo da saúde mental no país. Estas medidas governamentais fortaleceram-se e intensificaram-se a partir de 2001, com aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 3657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que preconiza o fim das internações em hospitais psiquiátricos visando oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtorno psíquico. Já foram aprovadas as Leis Estadual e Municipal de saúde mental, as quais fixaram diretrizes para a Saúde Mental deste estado e do município de Campina Grande. Por que a reforma ainda não foi implantada? As entrevistadas responderam:

“O processo de reforma psiquiátrica segue as especificidades de cada região, ou seja, ele não se deu da mesma maneira em todos os lugares. Em Campina Grande, pode-se considerar que a reforma anda a passos lentos e a aprovação da Lei Nacional ainda não

se faz sentir. Penso que as dificuldades de implantação da Reforma aqui na cidade devem-se a falta de uma maior mobilização social para a causa”(Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB)

Desde 2001, o Estado da Paraíba tem investido na implantação das ações de Saúde Mental na rede básica de saúde através de cursos de formação em saúde para médicos, enfermeiros, agentes comunitários do PSF, possibilitando o diagnóstico e tratamento dos quadros mais comuns encontrados na comunidade, mas ainda são encontradas dificuldades com relação a implantação da Reforma Psiquiátrica devido à resistência de famílias, diretores de hospitais e da própria sociedade”(Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde).

Quando questionadas sobre as dificuldades enfrentadas para implantação da Reforma Psiquiátrica, elas responderam:

“Penso que a base de tudo está na ausência de uma política definida sobre a saúde mental no Estado. Muitas ações dependem mais desta vontade que de financiamentos” (Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB).

“As dificuldades encontradas para implantar ou implementar a reforma nos sistemas de atendimento dizem respeito ao número reduzido de recursos humanos especializados para compor a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial II aprovado para serem implantadas em cada sede de microrregiões de acordo com o plano diretor regionalizado, e à quantidade de medicação psicotrópica insuficiente para atender a

demanda, identificada, após adesão dos municípios ao Projeto de Saúde Mental”
(Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde).

Para possível efetivação e/ou implantação da Reforma Psiquiátrica são necessárias ações concretas por parte dos gestores, profissionais de saúde, diretores de hospitais, enfim, de todos os envolvidos e/ou interessados nesta problemática. Diante desta afirmação, perguntou-se às entrevistadas o que estas coordenações estavam fazendo, para garantir a efetivação da Reforma na Secretária Municipal de Saúde (Campina Grande) e na Secretaria Estadual de Saúde do estado da Paraíba. De acordo com os entrevistados:

“O projeto que centraliza nossas ações no momento, enquanto núcleo de saúde mental, é a implantação de um Cap’s, no nosso município. O Cap’s é o dispositivo da Reforma Psiquiátrica. O projeto já está bem avançado, e a previsão é de que em cerca de 40 dias o serviço seja inaugurado” (Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB).

“Foi realizado investimento na qualificação de Recursos Humanos através de treinamento e supervisão, descentralização do atendimento com a implantação do Cap’s e ambulatórios nos municípios. Já foram criados três Caps nos municípios de João Pessoa, Cajazeiras e Sousa e um Hospital-Dia também no município de João Pessoa. Já existem ambulatórios funcionando no Complexo Juliano Moreira, Centro de Saúde do Valentina Figueiredo, Guarabira, Alagoa Grande, Monteiro, Sumé, Sapé, Esperança, Bayeux, Santa Rita” (Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde)

Quanto ao financiamento das ações de política em Saúde Mental, com relação a esta problemática perguntou-se às entrevistadas o que está sendo garantido pelos níveis de governo nesta perspectiva, elas responderam:

“Campina Grande é um município pleno de sistema. Cabe ao gestor local designar a dotação orçamentária para a Saúde Mental. Quanto ao governo Federal, este oferece várias linhas de financiamento para abertura de serviços alternativos (Cap’s, Residências Terapêuticas, etc. O estado garante parte da farmácia básica (medicação psicotrópica)”(Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB).

“Existe um convênio para aquisição de medicamentos no valor de R\$597.331,51, sendo 80% do Ministério da Saúde e 20% de contra partida do estado (Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde).

No município de Campina Grande, o modelo de atenção em saúde ainda é predominantemente curativo e de âmbito hospitalar tornando-se necessário criar condições adequadas para que experiências inovadoras e exitosas como os serviços substitutivos, sejam implantados visando o respeito ao direito de cidadania aos portadores de transtorno psíquico. Segundo Farias (2002), mesmo com a implantação dos serviços substitutivos os mesmos requisitam a utilização de serviços de urgência e de leitos em hospitais gerais para a reversão do modelo asilar; além disto, mudança no financiamento; divulgação na mídia para modificação da cultura da exclusão e do estigma à loucura e ao doente mental, administração de recursos e planejamentos adequados; revisão da legislação psiquiátrica;

organização de entidades de usuários e familiares e o estímulo à realização de conferências de saúde mental. Tudo isto deve fazer parte do processo da Reforma Psiquiátrica.

Existem também outras questões de outros níveis que precisam ser encaradas como a falta de sensibilidade e compromisso de muitos gestores e profissionais com aqueles que estão há anos e anos dentro dos manicômios, excluídos da vida em sociedade. Nesta situação ainda existem 54 mil internos em hospitais psiquiátricos no Brasil e quase mil só no Estado da Paraíba e em Campina Grande cerca de 500 pacientes internos.

É óbvio que os avanços em relação a Reforma Psiquiátrica são lentos, e que é necessário, para sua efetivação, adotar medidas políticas que se adequem às necessidades sócio-econômicas impostas por familiares, profissionais e diretores de hospitais, pois no nosso entendimento sem salário, as famílias continuarão rejeitando seus doentes; sem condições de trabalho e de salários os profissionais não prestam atendimento de qualidade, gestores sem financiamento não terão condições de manterem seus serviços e a sociedade sem conhecimento continuará na omissão, convivendo com uma precária assistência à saúde no âmbito da saúde mental, retardando dessa forma a implantação da reforma psiquiátrica.

7. Conclusões

Com os resultados desta pesquisa foi possível concluir:

-Quanto as características sócio demográficas dos doentes mentais atendidos:

- Foi constatado que 65,9% eram do sexo masculino; 69,5% encontravam-se na faixa etária entre 15 e 45 anos, a maioria (64,1%) não procediam de Campina Grande-PB; 80,7% eram solteiros.

- Quanto aos Dados dos serviços dos hospitais psiquiátricos:

- Constatou-se que maioria (98,3%) dos leitos existentes nos Hospitais Psiquiátricos são conveniados pelo SUS ;

- 35,2% dos pacientes encontram-se internados há menos de 1 ano;

- No período de 2000 a 2002 houve um aumento nas internações (4,4%) e o diagnóstico que prevaleceu para as internações foi Psicose não Orgânica com 29,2%, seguido de Esquizofrenia Simples (20,0%) e Transtorno Comportamental devido ao uso de álcool (18,0%).

-Quanto a Opinião da equipe multiprofissional de saúde sobre a Reforma Psiquiátrica:

- A maioria (78,3%) dos profissionais das equipes multiprofissionais das unidades hospitalares estudadas, tinha conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica.

- A maioria afirmaram (52,2%) que não viram nenhuma mudança, após aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica.

- A dificuldade mais freqüente (86,9%) citada pelos profissionais para a implantação da Reforma Psiquiátrica, é a falta de conscientização das famílias, que preferem deixar o portador de transtorno mental no hospital, às vezes por comodidade e ou devido a situação sócio-econômica da família.

Os Coordenadores de Saúde Mental e os Políticos entrevistados foram unânimes em afirmar que falta decisão política e controle social fortalecido para que a Reforma Psiquiátrica seja efetivada.

8. Considerações

Finais

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem implantado algumas mudanças no que diz respeito à reorganização na assistência no campo da saúde mental no país. Estas medidas governamentais fortaleceram-se e intensificaram-se a partir de 2001, com aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 3657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que preconiza o fim das internações em hospitais psiquiátricos visando oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtorno psíquico. Em decorrência destas mudanças começaram a surgir outros serviços alternativos na forma de Hospital-dia, Caps (Centro de apoio psicossocial) e Naps (Núcleo de apoio psicossocial). Estas novas modalidades de atendimento vêm sendo ao longo do tempo implantadas no Brasil e em outros países objetivando substituir gradativamente o sistema hospitalocêntrico (baseado em internações) por uma rede de serviços assistenciais de caráter primário, sanitário e social.

O Estado da Paraíba já possui uma legislação voltada para a saúde mental, de autoria do Deputado Ricardo Coutinho, que determina a implementação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental que vise a progressiva substituição do Modelo Hospitalocêntrico pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao Sistema de Saúde, determina regras de proteção aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias.

Na cidade de Campina Grande-PB também já foi aprovada a Lei Municipal de Saúde Mental, de autoria da Vereadora Maria Lopes Barbosa, que fixa diretrizes para saúde mental no município de Campina Grande; a qual dispõe sobre a promoção de saúde,

reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental; substitutivos aos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.

Diante destas considerações, constata-se que mesmo existindo um arcabouço legal determinando a implantação da Reorganização dos Serviços de Assistência em saúde Mental, isto não ocorre mostrando que elaboração e aprovação de leis não são suficientes para transformação do modelo assistencial em saúde mental tradicional.

Segundo os políticos que legislaram sobre a Reforma psiquiátrica no estado da Paraíba e no município de Campina Grande eles relataram que muito embora a saúde mental seja uma das metas do Governo Federal, esta Reforma ainda não se faz sentir neste estado, o que se faz refletir em Campina Grande. Na opinião dos mesmos torna-se necessário adotar ações intersetoriais e mobilizações sociais no intuito de fortalecer a definição e implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica.

Já as Coordenadoras de Saúde Mental que atuam nas secretarias estadual e municipal de saúde também reafirmam a necessidade da mobilização social e de definição política, entretanto acrescentam que não existem recursos especializados para efetivar a descentralização das ações a nível das micro e macro-regiões.

O que fazer neste caso, desospitalizar, desinstitucionalizar, humanizar, reorganizar? Os verbos são muitos e a situação perdura. Portanto, questiona-se: Por que Campina Grande que está com gestão plena de saúde ainda não iniciou a reorganização dos serviços segundo princípios da Reforma Psiquiátrica? Quais as forças e/ou causas que impedem a efetivação da Reforma neste município? O que impede o gestor municipal de saúde de implantar a descentralização da assistência em saúde mental?

Diante destas indagações percebe-se a necessidade de estudos mais aprofundados que possam dar respostas a estes e outros questionamentos.

Apêndices

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Estou de acordo em participar da Pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva, desenvolvida pela mestranda Ana Cristina da Nóbrega Marinho, nos hospitais psiquiátricos de Campina Grande, PB, cujo objetivo é Identificar as características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade de Campina Grande, como também analisar a implantação da reforma de assistência à saúde mental hospitalar psiquiátrica em Campina Grande-PB, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, baseados nos dados dos serviços hospitalares e depoimentos dos profissionais de saúde, políticos e coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental.

Estou ciente, ainda, que os dados coletados serão mantidos em sigilo pela pesquisadora, garantindo assim o anonimato dos participantes da pesquisa, de acordo com a resolução nº 196 do CNS.

Campina Grande, __/__/__

APÊNDICE 2

FORMULÁRIO

1) Características Sócio-Econômico-Demográficas dos portadores de transtornos psíquicos

1.1 Idade

- < 15 anos 15-25 anos
 26-35 anos 36-45 anos
 46-55 anos 56-65
 + 65 anos

1.2 Sexo:

1. Feminino 2. Masculino

1.3 Profissão/ ocupação: _____

1.4 Escolaridade

- (1) Sem instrução
(2) Ensino Fundamental
(3) Ensino Médio
(4) Nível Superior

1.5 Renda familiar em salário mínimo

- (1) < 1 SM
(2) 1 a 3 SM
(3) 4 a 7SM
(4) (4) > 8 SM

1.6 Domicílio de Procedência

Campina Grande Bairro: _____

Município da Paraíba Qual: _____

Município ou outro estado Qual: _____

1.7 Estado Civil

- Solteiro Casado
 Desquitado Divorciado

() Viúvo

() Outro

2) *Dados dos serviços hospitalares psiquiátricos*

2.1) Número de leitos psiquiátricos disponíveis

ANO	Dr. Maia		Dr. João Ribeiro	
	SUS	Particular	SUS	Particular
2000				
2001				
2002				

2.2) Número de internações no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002.

ANO	DR. MAIA	DR. JOÃO RIBEIRO
2000		
2001		
2002		
TOTAL		

2.3) Internações psiquiátricas segundo o tipo de diagnóstico, no período de 2000 à 2003, Campina Grande, PB.

DIAGNÓSTICOS	ANO		
	2000	2001	2002
TOTAL			

2.4) Tempo de internação

() < 1 ano

() 2 - 5 anos

() 5 - 10 anos

() + 10 anos

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA

Este roteiro de entrevista destina-se à coleta de informações para o Projeto de Pesquisa da Mestranda Ana Cristina da Nóbrega Marinho, cujo objetivo é Identificar as características sócio-demográficas dos doentes mentais atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade de Campina Grande, como também analisar a implantação da reforma de assistência à saúde mental hospitalar psiquiátrica em Campina Grande-PB, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, baseados nos dados dos serviços hospitalares e depoimentos dos profissionais de saúde, políticos e coordenadoras do Núcleo de Saúde Mental. Na divulgação dos resultados, será mantido o anonimato dos entrevistados.

QUESTIONÁRIO

A) ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1) Fale o que sabe sobre a reforma psiquiátrica?
- 2) Descreva o que mudou com a proposta da reforma psiquiátrica no sistema de atendimento aos doentes mentais a partir de sua vivência nos hospitais psiquiátricos?
- 3) Quais as dificuldades enfrentadas nesse processo de implementação ou implantação da reorganização dos serviços para atender as recomendações da reforma psiquiátrica a partir de sua atuação profissional?
- 4) Quais os avanços que tem alcançado decorrente da reforma psiquiátrica a partir de sua atuação profissional?

B) ENTREVISTA COM OS POLÍTICOS

- 1) O que levou a Vossa Senhoria a preocupar-se com a problemática da saúde mental?
- 2) A lei da Reforma Psiquiátrica já existe, na sua opinião, porque ainda não foi plenamente efetivada?

3) No momento o que está sendo feito por Vossa Senhoria para garantir a efetivação e implantação da Lei?

C) ENTREVISTA COM AS COORDENADORAS DO NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL ESTADUAL E MUNICIPAL

1) Na sua opinião, o que mudou na política de saúde mental, após aprovação da lei da reforma psiquiátrica, no município de Campina Grande?

2) Quais as dificuldades enfrentadas para implantar ou implementar as ações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande?

3) No momento o que está sendo feito por Vossa Senhoria para concretização desta Reforma Psiquiátrica?

9. Referências

ALVES, Domingos Sávio.COSTA,Cristina.SCHETCHMAN, Alfred. **Assistência Psiquiátrica-Brasil**.Disponível em: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/brasil98.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2003.

_____. **A institucionalização/desinstitucionalização através da história**. Disponível em: <psi.ulosufona.pt/alunos/r2porto/total.htm.>Acesso em: 24 de março de 2002.

AMARAL, Vera. **Reforma psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/patotextos.htm>.>Acesso em: 16 de agosto de 2002.

AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BARRETO,I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O. V. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solicitação do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem(on line)**, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e previdência** - estudos de política social. São Paulo: CEBES- HUCITEC, 1981.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

COLEMAN, James C. **Psicologia do anormal e a vida contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1973.

III Conferência Nacional de Saúde Mental. (Disponível em: <www.conasems.org.br/bibli/jornais/ed79.pdf. >Acesso em 8 de novembro de 2003).

Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Disponível em: <http://200.199.79.99/juliano/principal_complexo.htm> Acesso em 07 de setembro de 2003).

CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal de Campina Grande.Secretária de saúde do município. **II Conferencia Municipal de Saúde**. Relatório Final, 1996.

Conferência Nacional de Saúde. 8ª. Brasília 1986. **Anais**. 8ª. CNS. Brasília, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/discurso10.html>. > Acesso em 21 de junho de 2002.

Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/duvida.htm>. > Acesso em: 30 de agosto de 2003.

COSTA-ROSA, Abílio da. LUZIO, Cristina Amélia. YASUI, Sílvio. As Conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Revista saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n58, maio/agos, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário et al. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987

COSTA, A. E. Características do paciente psiquiátrico considerado problemático pelo pessoal de enfermagem. In: VILELA, Maria Afra Souto Diniz. **Conhecimentos, opiniões, sentimentos e dificuldades de pacientes psiquiátricos e seus familiares em relação à alta hospitalar**. UFPB. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, João Pessoa, 1984.

Dia de saúde mental. (Disponível em: < <http://www.jornaldaparaiba.globo.com>.> Acesso em 10 de outubro de 2003).

DOBB, M. A evolução do capitalismo. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

FARIAS, Laeuza. **Luta antimanicomial.** Disponível em: <http://www.mo.pe.gov.br/caops/saude_mental/relação_saude.htm.> Acesso em: 16 de março de 2002.

FIGUEIREDO, Gabriel. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.3, São Paulo, set, 2000.

FOUCAULT, M. Doença mental e psicologia. IN: COSTA, Nilson do Rosário et alii. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

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

GOMES, O, C. - **História da Medicina no Brasil no século XVI** -Rio de Janeiro - Biblioteca Brasileira de História da Medicina - 1974.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), **Censos Demográficos, 1980/1991/2000/ Contagem da população**. Campina Grande-PB, 2000.

INFANTE, Raffaele. Novo fórum para a saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.38, n.2:p.52,1989.

KAPLAN, Harold.; SADOCK, Benjamim. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

KOFLER, L. Contribución a la historia de la sociedad burguesa. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

KOLB, L. C. **Psiquiatria clínica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.646p.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, n.1. Rio de Janeiro, jan/mar, 1997.

LIMA, Abelha. LOVISI, Giovanni, M.; MORGADO, Anastácio Ferreira. Questões da bioética no contexto da reforma psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.1:p21-27, 1999.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. *Physis* - **Revista de Saúde Coletiva**. v. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa.SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de **A Saúde no Brasil:** trajetórias de uma política assistencial. Disponível em: <http://www.terravista.pt/bilene/2104/sau_bra.htm.> Acesso em 12 de agosto de 2003.

MARQUES, Judith Farias. Saúde Mental.IN: SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura.** Em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Tecnoprimit, 1979.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.**2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, Eugenio Vilaça (org) et all. **Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.**Rio de Janeiro:Hucitec, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil:** desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998. 45p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferências Nacionais de Saúde.**Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cinaem/Pag101_102_103.htm.> Acesso em 19 de agosto de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **XII Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em:<http://www.cress-sc.org.br/servicos/eventos/2003/dezembro.htm#001>. Acesso em:03 de novembro de 2003.

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. FERREIRA, Marcos Fischborn. SUS: **Estratégia de implementação e desigualdades.** Disponível em: <<http://www.ufgrs.bd/pdgs/EstrategiasSUS>. Htm.> Acesso em 21 de setembro de 2003.

MORAIS, J.L.B. O direito da saúde. In: BARRETO,I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O. V. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solicitação do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem(on line)**, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999

MOREIRA, Valdina Maria de Jesus. **Avaliação dos serviços de saúde em municípios do Oeste do Pará:** modelo de gestão local e estrutura organizacional sob a ótica dos gestores e usuários. Dissertação de Mestrado. Universidade Moderna. Lisboa.Portugal, 1999.

MOREIRA, L. **O período de 1974 a 1979**. Disponível em:
<<http://www.ufrnet.br/~lmoreira/TextosAcadêmicos?ReformSistSaude.doc>>. Acesso em 01 de setembro de 2003.

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL. MLA. **A luta antimanicomial na Paraíba**. Resgate histórico. João Pessoa, 1996.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **Aspectos históricos da internação psiquiátrica no Brasil**. Disponível em:< www.sppc.med.br/mesas/anamariagaldini.html. > Acesso em 23 de fevereiro de 2002.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa.SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de **A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. Disponível em: [http://www.terravista.pt/bilene/2104/sau_bra.htm](http://www.terraviva.pt/bilene/2104/sau_bra.htm). Acesso em 18 de setembro de 2003.

PATRIOTA, Lucia Maria. **Representações sociais da Aids construídas por assistentes sociais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba, 2002.

PINTO, Julio Cesar Silveira Gomes. A III Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.saudemental.med.br/artigos.htm. Acesso em 10 de setembro de 2003.

_____. **Redação final do Substitutivo do Senado Federal**. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/final.htm> >. Acesso em: 05 de janeiro de 2003.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura** - políticas de saúde mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990 (p. 15-73).

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.43, n.2:p.53-60, 1999.

ROSAS, Silvana Salvador. **O movimento da luta antimanicomial na Paraíba e o seu significado para a reforma psiquiátrica no estado**. Monografia de especialização em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

SABBATINI, Renato M. E. **A história da terapia por choque em psiquiatria**. *Revista cérebro e mente*. Disponível em:< <http://www.epub.org.br/cm/n04/historia/shock.htm>. > Acesso em 11 de outubro de 2003.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. A nova lei da assistência psiquiátrica. **Revista do Conselho Federal de Medicina**, ano XVI, n. 127, mar, 2001.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia e Imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto de epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, Joselito. Serviço de prevenção do câncer de colo de útero, na perspectiva de gerentes, profissionais e usuários da unidade de saúde Campina Grande-PB. In: SILVA, Z.P. O município e a descentralização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, v.10, n.3, 1996.

SANTOS, Maria Eugênia de S.B. dos. AMOR, Jefferson dos A do. DEL-BEM, Cristina M. ZUARDI, Antonio W. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de saúde pública**, v.34, n.5, São Paulo, 2000.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública, Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo produções. 1992.

_____. SEIXAS, Maria Lúcia Nunes. **Um caminho sem fim...mas com esperanças. O significado da doença mental para a família de portadores de sofrimento psíquico**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFPB, João Pessoa, 2000.

SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura**. Em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Tecnoprimit, 1979.

SILVA, Z.P. O município e a descentralização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, v.10, n.3, 1996.

SILVA FILHO, Edvaldo Brilhante da. **História da psiquiatria na Paraíba**. João Pessoa: Santa Clara, 1998.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. **Como anda a reforma psiquiátrica? Avaliação, perspectiva e prioridades**. Fórum Nacional. Conselho federal de Psicologia, 2000.

SILVA, Raquel de Lima. **“Entre muros”**: Quando se rompem as relações entre indivíduo com sofrimento mental e a sociedade. Um olhar de assistente social. Disponível em: < <http://www.saudental.med.br/raquel.htm> > Acesso em : 27 de Março de 2002.

SOARES, Nina Rosa Ferreira. MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/aspoliticades.html>>. Acesso em 18 de agosto de 2003.

STEFANELLI, M. C. Manifestações de comportamento que levam à procura de assistência psiquiátrica. In: VILELA, Maria Afra Souto Diniz. **Conhecimentos, opiniões, sentimentos e dificuldades de pacientes psiquiátricos e seus familiares em relação à alta hospitalar**. UFPB. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, João Pessoa, 1984.

TEIXEIRA, R.R. **Modelos comunicacionais e as práticas de saúde**. Botucatu, v.1, n.1, 1997.

TEIXEIRA, S.M.F. Em defesa da seguridade social. **Revista Saúde em Debate**, n.26, Londrina, 1989.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 25-59p.2002.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura** - políticas de saúde mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990 (p. 15-73).

UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Sarvier, 1981.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

VILELA, Maria Afra Souto Diniz. **Conhecimentos, opiniões, sentimentos e dificuldades de pacientes psiquiátricos e seus familiares em relação à alta hospitalar**. UFPB. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, João Pessoa, 1984.

