

Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2018

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e
Diagnóstico**
5

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922011	
CAPÍTULO 2	10
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922012	
CAPÍTULO 3	20
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922013	
CAPÍTULO 4	37
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922014	
CAPÍTULO 5	47
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922015	
CAPÍTULO 6	59
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922016	
CAPÍTULO 7	70
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922017	

CAPÍTULO 8 78

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

Adriana Nascimento Santos Cartaxo

DOI 10.22533/at.ed.6361922018

CAPÍTULO 9 97

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

Mara Julyete Arraes Jardim

Andressa Arraes Silva

Lena Maria Barros Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.6361922019

CAPÍTULO 10 109

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna da Silva Oliveira

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Líscia Divana Carvalho Silva

Patrícia Ribeiro Azevedo

Andrea Cristina Oliveira Silva

Marli Villela Mamede

DOI 10.22533/at.ed.63619220110

CAPÍTULO 11 120

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Maria Laís Costa Campo

Greyce Kelly Cruz de Sousa França

Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.63619220111

CAPÍTULO 12 130

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Francilene Jane Rodrigues Pereira

Cesar Cavalcanti da Silva

Eufrásio de Andrade Lima Neto

DOI 10.22533/at.ed.63619220112

CAPÍTULO 13 139

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Isabella Nunes de Albuquerque

Claudia Teixeira Gadelha

Lúcio Flávio Gomes de Lima

DOI 10.22533/at.ed.63619220113

CAPÍTULO 14 148

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Fernanda Maia Gurjão
Mariana Lima dos Reis
Mariana Carla Saraiva Monteiro
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho
Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia

DOI 10.22533/at.ed.63619220114

CAPÍTULO 15 158

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Patrícia Barreto Cavalcanti
Carla Mousinho Ferreira Lucena

DOI 10.22533/at.ed.63619220115

CAPÍTULO 16 166

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

Leila Leal Leite

DOI 10.22533/at.ed.63619220116

CAPÍTULO 17 177

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

Leandro Fernandes Valente
Antonia Sheilane Carioca Silva
Andressa de Oliveira Gregório
Heliandra Linhares Aragão
Mônica dos Santos Ribeiro
Patrícia Thays Alves Pereira

DOI 10.22533/at.ed.63619220117

CAPÍTULO 18 185

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa
Luana Pereira do Nascimento Lima
Elane Cristina Matias Sousa
Olney Rodrigues de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.63619220118

CAPÍTULO 19 196

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Mayara Ceará de Sousa
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.63619220119

CAPÍTULO 20	206
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220120	
CAPÍTULO 21	218
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220121	
SOBRE A ORGANIZADORA	228

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Professor Assistente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Faculdade de Educação de Crateús.

Isabella Nunes de Albuquerque

Assistente Social do Hospital Instituto Dr. José Frota da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Claudia Teixeira Gadelha

Psicóloga Clínica.

Lúcio Flávio Gomes de Lima

Professor Adjunto do Centro Universitário Estácio do Ceará.

RESUMO: Neste artigo discute-se o enfraquecimento das lutas sociais e ideais políticos que deram origem à aprovação da Lei 10.216 que intenta promover Políticas Públicas de desinstitucionalização da atenção psiquiátrica no país. Defende-se a tese de que a reestruturação de um modelo privatizante, comprometido com as leis do Mercado, se faz mais imperceptível uma vez que ocorre sob o manto de uma legislação de cunho reformador. Uma discussão histórica acerca das lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e da teoria da Psiquiatria Democrática é apresentada buscando possibilitar a retomada do ímpeto revolucionário inicial do movimento de reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Lutas Sociais – Reforma

Psiquiátrica – Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental

ABSTRACT: This paper discusses the weakening of social movements and political ideals that led to the sanction of the Brazilian law 10.216/2001. This law intended to desinstitutionalize psychiatric attention in Brazil. We defend the thesis according to which the approval of the law facilitates the reintroduction of a privatized model of psychiatric attention by means of the concealment of concrete practices. The history of the “Mental Health Workers Movement” and the theories of the Democratic Psychiatry are presented in order to viabilize a rekindle of the initial revolutionary movement that sprung from them.

KEYWORDS: Social Struggles – Psychiatric Reform – Mental Health Workers Movement

1 | INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se na década de 1970 no mesmo período no qual eclode o movimento sanitário. O movimento sanitário buscava dar nova forma aos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, tomando a defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços, do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de

saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005). A ditadura militar configura-se como pano de fundo da organização político-administrativa do país. Embora ocorrendo no mesmo período, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história singular, inserida no contexto internacional de lutas sociais por mudanças no regime manicomial (BRASIL, 2005).

O cenário desta época caracterizava-se pela crise do modelo manicomial no qual o cuidado das pessoas com transtorno mental era centralizado no isolamento em hospitais psiquiátricos. Na contramão deste modelo de atenção vigente, vários movimentos sociais lutavam pelos direitos civis e humanos dos pacientes psiquiátricos. Dessa maneira, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira não se resumia a aprovações de leis e normas reguladoras do cuidado aos usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores que tem participação profunda nessa questão e onde há uma composição de forças oriundas de instituições de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, no âmbito federal, estadual e municipal, nos governos, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Pode-se afirmar que um ciclo histórico da saúde pública no Brasil se concluiu com a aprovação pelo Congresso Nacional e sanção do presidente da República, em 6 de abril de 2001, da lei 10.216, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Tal ciclo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) pela Câmara Federal, em 1989, posteriormente encaminhado para apreciação do Senado, recebendo então várias emendas e substitutivos. A aprovação representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, naquilo que se denominou 'reforma psiquiátrica' (PAULIN, 2004, p.242).

Este resumo, periodização e caracterização esquemáticos apresentados por Paulin (2004) tratam a questão da aprovação da Lei 10.216 como representando “apenas a legalização institucional” de um movimento social de lutas vigorosas. Neste artigo discutiremos dois dos maiores responsáveis por esta luta, a saber, a Psiquiatria Democrática e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Defenderemos a tese de que a aprovação da “ lei da reforma psiquiátrica”, quando tomada por seu valor de face, pode servir para favorecer a reestruturação de um modelo privatizante, comprometido com as leis do Mercado. A alternativa para este risco seria a retomada do ímpeto de luta social que deu origem a esta legislação, a qual deve ser compreendida de forma crítica como o ápice destas lutas e não sua efetivação concreta.

2 | A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

O projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira teve forte influência da psiquiatria democrática italiana, cujo caráter libertário tem grande valor na discussão sobre as bases e as práticas dos novos serviços brasileiros.

A psiquiatria democrática italiana, que tem como o seu principal idealizador Franco Basaglia, promoveu uma mudança de paradigmas na psiquiatria. Seu marco inicial foi o trabalho de humanização realizado no Hospital de Gorizia, na década de 1960 (RANGEL, 2008). Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Nos anos sessenta esteve à frente do hospital de Gorizia, onde juntamente com outros psiquiatras começou a promover uma série de mudanças práticas e conceituais, que foram expostas no livro “A Instituição Negada” de 1968). Em 1973 o Serviço Hospitalar de Trieste, dirigido por Basaglia, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental. A lei nº 180, do ano de 1978 (Lei Basaglia) estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (manicômios) na Itália e está vigente até o presente momento (AMARANTE, 1996).

Sendo assim, na década de 1970, a psiquiatria democrática italiana foi marcada pelo desmonte do hospital de Trieste. Basaglia, com grande influência das correntes existencialistas e fenomenológicas, começou a questionar a distância do pesquisador quanto à sua própria pesquisa no campo da psiquiatria e coloca também em discussão a validade e a arbitrariedade da relação autoritário-hierárquica em que se baseia a vida asilar (RANGEL, 2008).

Basaglia coloca em cheque o paradigma psiquiátrico, que exclui o sujeito para se ocupar da doença mental. Tal sistema investigava a doença mental, mas esquecia da parte principal do tratamento que era o ser humano portador do transtorno, favorecendo uma relação hierárquica que pressupunha o saber do médico sempre superior ao paciente, utilizando para a suposta cura uma série de recursos que favoreciam o isolamento, tendo na prática da internação hospitalar a sua maior aliada (RANGEL, 2008).

Para compreender a Reforma Psiquiátrica brasileira faz-se necessário conhecer alguns conceitos-chave da Psiquiatria Democrática Italiana que influenciou fortemente o movimento brasileiro. Dentre estes conceitos é importante destacar especialmente os seguintes: doença mental entre parênteses, desinstitucionalização, instituição negada e instituição inventada.

O conceito de doença mental entre parênteses é um conceito utilizado por Basaglia apoiando-se na perspectiva fenomenológica. Neste conceito, Basaglia preconiza que é necessário por a doença “entre parênteses”, pois não é possível analisar a doença mental senão colocando-a desta forma, assim como o modo pelo qual ela foi classificada.

Em outras palavras, para estudar a doença mental é preciso questioná-

la compreendendo as bases na qual se fundamenta, ocupando-se de tudo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 1996).

Outro conceito trabalhado por Basaglia na Psiquiatria Democrática Italiana é a desinstitucionalização. A desinstitucionalização não se esgota com a destruição física de hospícios sendo um conceito muito mais amplo. Trata-se de um rompimento de um processo de institucionalização da loucura enquanto doença mental, conceito originado da psiquiatria (RANGEL, 2008).

No conceito originado da psiquiatria e questionado por Basaglia, a instituição não é apenas vista como o local, asilo, manicômio, mas como um conjunto de ideologias que residem dentro dos hospitais e nas relações sociais, se reproduzindo em espaços diversos (RANGEL, 2008).

Trata-se, portanto, da desmontagem do paradigma psiquiátrico, em seus aspectos conceitual e cultural, incluindo todas as concepções atreladas à doença mental: periculosidade e incompreensibilidade do louco, necessidade de controle e vigilância, as práticas de exclusão e violência etc. (RANGEL, 2008, p.50).

Basaglia (1967) afirma que a desinstitucionalização é uma denúncia civil, pois a ação da psiquiatria sobre a pessoa com transtorno mental é concretizar, sob a legitimação da verdade científica, a exclusão daquilo que a sociedade quer afastar de si: a pessoa considerada louca. A desinstitucionalização está comprometida com o sujeito excluído que:

Jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo ato seu está circunscrito e definido pela doença. (...) somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido (BASAGLIA, 1967, p.38).

Rotteli (2001) afirma que a instituição negada é entendida como o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno da doença, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto da periculosidade.

Já a instituição inventada não se refere a novos serviços, externos ao hospital, mas a criação de uma nova instituição que recrie as relações sociais. O objetivo da cura deve ser substituído por emancipação, autonomia; a reparação, pela reprodução social das pessoas, singularização e ressingularização (ROTELLI, 2001).

Partindo desses ideais, Basaglia transformou a assistência após vivenciar as condições de tratamento das pessoas com doença mental no Hospício de Gorizia. Ele utilizou como metodologia a negação da instituição psiquiátrica como lugar de tratamento e cura da loucura por meio da voz dos próprios usuários e convida a sociedade da época para responsabilizar-se pelos excluídos do convívio social e da criação de espaços comunitários de serviços onde estas pessoas poderiam consolidar uma nova subjetividade (FUNESA, 2011). Desse modo, observa-se que a experiência

italiana trouxe importantes contribuições para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3 | MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

Na década de 1970 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia no Brasil uma mobilização contra o asilamento e a mercantilização da loucura. Tal movimento se deu de forma espontânea e independente dos aparelhos estatais (ALARCON, 2012).

O MTSM denuncia as formas “degeneradas e desumanas” da assistência psiquiátrica, associadas ao modelo hospitalocêntrico dominante que era patrocinado por um contexto privatizante, totalmente comprometido com as leis de mercado e com o fator determinante do lucro. Assim a reação do MTSM é no sentido de se opor ao modelo hospitalocêntrico, propondo uma profunda reforma no cuidado em saúde mental (ALARCON, 2012).

Configurava-se uma luta conjunta com os demais trabalhadores de saúde por um modelo sanitário regionalizado, integrado e hierarquizado, expresso nas “Ações Integradas de Saúde” que se alinha ao Plano Integrado em Saúde Mental (PISM) no ano de 1978, com a formação das primeiras equipes multiprofissionais em saúde mental nas coordenações estaduais de saúde (ALARCON, 2012).

Desta forma, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Já na década de 80, ocorre a expansão do referido movimento e em sequência acontece a formalização do modelo sanitário com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Este momento é considerado propício para implementação dos ideais do MTSM, pois em vários municípios e estados ocorre a conquista de vários espaços políticos pelas lideranças do movimento. Desta forma, abre-se o caminho para a constituição de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, bem como maior fiscalização e tentativas de humanização nos hospitais (ALARCON, 2012).

As propostas do MTSM para a reforma do setor psiquiátrico versavam contra a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e redução dos leitos existentes; em favor da regionalização das ações em saúde mental; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; expansão da rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental; humanização dos espaços hospitalares e implementação de estratégias de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais (ALARCON, 2012).

Entre 1987 e 1992, o MTSM reflete sobre suas limitações, o que faz questionar sobre sua excessiva burocratização, que limitava o seu espaço de luta à tomada de posições dentro do âmbito estatal e a objetivos de transformação baseados no modelo sanitário. A partir desse questionamento, os ideais de Basaglia, da psiquiatria democrática, passam a influenciar fortemente o MTSM apontando a emergência

da Luta Antimanicomial e a transição do movimento em direção à proposta da desinstitucionalização psiquiátrica (ALARCON, 2012).

No ano de 1987, a partir dessa reavaliação, é lançado pelo MTSM o lema “por uma sociedade sem manicômios”, trazendo à discussão a exclusão da pessoa com transtornos mentais no meio social, debatendo sobre a questão do saber médico psiquiátrico como a única abordagem de cuidado em saúde mental. Com o intuito de quebrar o estigma da loucura, o movimento adota como premissa estratégica o conceito-chave da desinstitucionalização voltado para práticas assistenciais e territoriais objetivando a desconstrução do conceito da exclusão do louco na sociedade (ALARCON, 2012).

Nesta mesma época, são cruciais para o MTSM a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, no município de São Paulo (1987), e a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico onde ocorriam situações de maus-tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção teve repercussão no país, pois constituiu-se como a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil (HIRDES, 2009).

Concomitante a estes fatos são implantados em Santos (SP) os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimento 24 horas, bem como são criadas cooperativas, residências para os egressos de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

4 | MARCOS LEGAIS DO MOVIMENTO DE REFORMA PSQUIÁTRICA

No ano de 1989, o Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

As conferências de saúde também foram um marco nas movimentações políticas para reformar o modelo de atenção da pessoa com sofrimento psíquico, destacando-se a 8º Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2º Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e a 3º Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Nessas três décadas o processo de amadurecimento da Reforma Sanitária teve avanços e retrocessos, tendo como momentos mais efervescentes de discussão política e teórica o período compreendido entre as décadas de 80 e 90 (HIRDES, 2009).

Na América Latina, no ano de 1990, o marco histórico possibilitador de mudanças foi a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas. Neste evento foi assinado a Declaração de Caracas, onde os países se comprometem a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever o papel do hospital psiquiátrico e lutar contra os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental (HIRDES, 2009).

Sob a influência do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, os movimentos

sociais conseguem aprovar em alguns estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste comprometimento passam a entrar em vigor no Brasil as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Somente após 12 anos, em 06 de abril de 2001, foi sancionada a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216). A lei privilegia o oferecimento do tratamento em serviços de base comunitária e preconiza que a pessoa portadora de transtorno mental terá que ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme às suas necessidades, sendo tratada com humanidade, sendo protegida contra qualquer forma de abuso e exploração e que esse tratamento objetive alcançar a recuperação, inserindo o usuário no meio social familiar, laboral e comunitário (BRASIL, 2001).

No decorrer do tratamento, a pessoa portadora de transtorno mental deverá receber o maior número de informações no que diz respeito a doença e ao tratamento, sendo tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e tendo a garantia do sigilo nas informações prestadas (BRASIL, 2001).

A lei preconiza que a internação em ambiente hospitalar só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação se dará em três modalidades: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória (BRASIL, 2001).

A internação voluntária se dará com o consentimento do usuário, já a internação involuntária ocorrerá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros. Neste caso o paciente tem direito à presença médica, em qualquer etapa do processo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária. A internação compulsória, por sua vez, é realizada somente por determinação judicial, podendo acontecer à revelia da decisão do indivíduo a ser internado (BRASIL, 2001).

É importante observar que em todos os casos acima mencionados, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado caracterizando os seus motivos (BRASIL, 2001).

Quando o usuário solicita voluntariamente sua internação, ou quando a consente, ele deverá assinar, no momento da sua admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término desse tipo de internação se dará por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente responsável pelo seu tratamento (BRASIL, 2001).

No caso de internação involuntária, a instituição deverá realizar comunicação ao Ministério Público Estadual dentro do prazo de no máximo setenta e duas horas. Esta mesma comunicação deverá ser feita quando da alta do paciente. A conclusão da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (BRASIL, 2001).

A internação compulsória é determinada por ordem judicial, nesse caso a determinação do juiz levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento, para manter o paciente em segurança, bem como os demais internados e os funcionários da instituição (BRASIL, 2001).

A legislação acima referida preconiza que o tratamento em regime hospitalar deve sempre objetivar a reinserção do paciente na comunidade. O cuidado nestas circunstâncias deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, etc (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica, amparada pela lei 10.216/2001, objetiva reinserção do paciente na sociedade convivendo com a família e a comunidade. Com este propósito, faz-se necessário que o atendimento seja realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência (BRASIL, 2013). A lei ainda determina que as internações, caso necessário forem, poderão ser feitas em hospitais gerais ou Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte podem ser progressivamente substituídos, seguindo a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base essencialmente comunitária (BRASIL, 2013).

5 | CONCLUSÃO

A Legalização do ideário defendido pelas lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, baseado no modelo de Psiquiatria Democrática, pode estar favorecendo práticas de um modelo privatizante de saúde. As lutas sociais que deram origem a esta legislação tendem a ser reificadas na forma de meros ‘fatos históricos’, cujo produto (a lei 10.216/2001) passa a ser compreendido de forma alienada como um dado concreto.

Pretendeu-se com este trabalho apontar a possibilidade de fetichização desta conquista legal evidenciada na forma de comemorações, produções discursivas sobre seu caráter revolucionário e valorização de sua importância simbólica. Esta fetichização, ou seja, (compreensão da reforma como produto estático e pontual, com existência independente de seu processo de produção) ocorre às custas da atualização das lutas sociais que lhe deram origem e das mudanças concretas, que a compreensão desta lei como processo histórico possibilitaria.

A própria compreensão do movimento de reforma psiquiátrica depende de sua articulação com atores sociais não-institucionais. Apesar de ocorrida na mesma época, e apresentar semelhanças com o movimento da reforma psiquiátrica, a reforma sanitária “optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal” (FURTADO, CAMPOS, 2005, p.111). Profissionais da Rede de Saúde e acadêmicos que concretamente estão comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica,

devem lembrar constantemente que o movimento caracteriza-se não pela ocupação do aparelho estatal, mas pela inclusão de familiares, atores sociais, foruns e associações. Estas articulações não foram, nem poderiam ser, produzidas pela lei 10.216/2001. Devendo ser dialeticamente criadas e recriadas por meio de lutas sociais concretamente inseridas nos mais diversos espaços sociais.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio. **Nos limites da desmesura: Aforismos sobre Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial no Brasil**. Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro- RJ, 2012.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 61-72.

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

BRASIL. **LEI No 10.216**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/leis2001/l10216.htm>. Acesso em: 05 mar. 2013.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE- FUNESA. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do Aprendiz 8./Fundação Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Aracaju, 2011.

FURTADO, JP; CAMPOS R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano 8, n.1 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011> Acesso em 10 Mar. 2015.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso> Acesso em 05 Abr. 2013.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

RANGEL, Mariana Nogueira. **A “nova cronicidade” nos novos serviços de atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado em Ciências de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro - RJ, 2008.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/47bicoiistituz.inventpo.pdf> . Acesso em: 10 mar. 2013.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-063-6

