

O ESTADO E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

THE STATE AND THE MENTAL ILLNESS PUBLIC POLICY

Andréia Almeida

Graduação no curso Serviço Social no Centro Universitário Uninter

E-mail: andreia.mdo@gmail.com

Selma Ávila

Graduação no curso Serviço Social no Centro Universitário Uninter

E-mail: selmadeavila10@gmail.com

Franciele Saldanha de Lacerda

Graduação no curso Serviço Social no Centro Universitário Uninter

E-mail: franciele.saldanha@hotmail.com

Cleci Elisa Albiero

Assistente Social, Mestre em Serviço Social e Professora do Curso de Serviço Social da Uninter. Pesquisadora do GETF – linha de pesquisa: Formação, Práticas e Identidade Profissional.

E-mail: clecielisa.albiero@gmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como tema central realizar uma breve discussão sobre a política pública de saúde mental. A pesquisa se iniciou através de contato com pessoas que dependem da política da saúde mental e pelo interesse em compreender a ação do Estado e da Rede Intersetorial que envolve a política de saúde mental. Neste sentido, elencou-se como objetivo central demonstrar a importância da rede para o alcance da intersectorialidade e as ações do assistente social na política de saúde mental. Conhecer também a história da saúde mental e a reforma psiquiátrica a partir de pesquisas em livros, documentários, jornal, pesquisa científica e pesquisa de campo semiestruturada e exploratória com profissional responsável. Destaca ainda, o processo de trabalho e aponta os principais limites enfrentados pelos assistentes sociais na política de saúde mental. Por fim, a pesquisa possibilitou-nos conhecer a dinâmica do trabalho da assistente social nas intervenções no tratamento do usuário da rede psiquiátrica e a dificuldade na prática da intersectorialidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Intersetorialidade; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The objective of the following paper is to briefly discuss mental illness public policy. The study first step was to contact people who depend on the mental illness public policy as well to understand how the State and the Intersectorial Network related to the mental illness public policy work. Thus, the main objective is to display the importance of the network for the intersectoriality range and the social worker activities towards the mental illness public policy. In addition, it is necessary to know the mental illness history and the psychiatry reformation through books, documentaries, newspapers, scientific research and an exploratory and semi structured field research led by a professional. It also highlights the working process and mentions the main limits faced by social workers regarding the mental illness public policy. Finally, the study makes possible to understand how social workers act towards the treatment of the psychiatric network user and the intersectoriality practice downside.

Keywords: Mental Health; Intersectoriality; Public Policies.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo central discutir a importância da política da saúde mental, compreender a ação do Estado e o alcance da Rede Intersetorial que envolve as ações do assistente social na política de saúde mental. Abordar-se-á os principais assuntos relacionados à Saúde mental, conhecer-se-á sucintamente sua história, as ações de políticas públicas e o trabalho do assistente social e a importância da intersetorialidade.

O processo de transformação no cuidado na saúde mental vem ganhando cada vez mais espaço no contexto da família e da sociedade. Desta forma, a desinstitucionalização da pessoa com doença mental vem se fortalecendo ao passar dos anos. A reorientação da assistência na saúde mental para um modelo descentralizado e de base comunitária, a partir da redução gradual dos leitos psiquiátricos, tem se firmado e proposto novas perspectivas de ação em relação a esta política.

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 1970, se produziu uma nova perspectiva sobre a loucura, questionando não só as instituições e as práticas de cuidado, mas os conceitos e saberes que as legitimaram. A saúde mental, segundo Amarante (2007) tem se configurado como uma área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde e é complexa, plural, Intersetorial e marcada pela transversalidade de saberes.

A Reforma Psiquiátrica traz consigo uma verdadeira revolução teórico-conceitual. Aos sujeitos envolvidos nesse amplo e complexo processo social, conforme pontua Amarante (2007), faz-se imprescindível a compreensão de um conceito ampliado de saúde, da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e Intersetorial e da noção de rede e de territorialidade.

Este artigo tem como objetivo conhecer o trabalho do assistente social nas políticas de saúde mental, pesquisar a história da saúde mental e o movimento de reforma psiquiátrica, bem como o trabalho do assistente social neste contexto. Objetiva também pesquisar as redes de apoio na saúde mental. Este trabalho teve início na disciplina de PBL, e o tema desse trabalho se deu através do contato com usuários que dependem da política da saúde mental e de profissionais que atuam nessa política.

Movidos pelo interesse em conhecer os desafios enfrentados pelos usuários com algum transtorno mental, suas estratégias de luta para inclusão social e seus direitos igualitários na sociedade. Pretende-se apresentar uma perspectiva de como, ao longo da história, o Estado e as políticas públicas têm contribuído para melhor atender o usuário e quais os alcances das ações Intersetoriais para este público.

Neste trabalho, a metodologia inclui as concepções de pesquisa teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade. No que se refere à abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas. “De acordo com Minayo (2011, P. 16), a pesquisa se constitui como a base da atividade científica capaz de vincular pensamento e ação visto que nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Assim, a pesquisa pode ser entendida como um movimento em que o pesquisador tem uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. (Minayo, 1994, p.23).

Segundo Gil (1994), através das fontes, a pesquisa bibliográfica possibilita um alcance de informações, pois permite a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, também auxilia na construção do quadro teórico do objeto de estudo.

Para a entrevista de campo entramos em contato com a instituição que atende pessoas com transtorno mental para agendar uma entrevista. Foi realizada uma entrevista¹ semi-estruturada e exploratória. A entrevista tem como objetivo levantar informações relevantes a respeito de um objeto de pesquisa (Minayo, 2011) e sua preparação é uma das etapas mais importantes da investigação.

Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um formulário, e conforme autorização, a entrevista foi gravada em áudio que foi transcrito e analisado posteriormente. A entrevista foi iniciada somente após o esclarecimento das questões acerca da pesquisa e da apresentação e assinatura da entrevistada. Após a transcrição a

¹ Numa entrevista semi-estruturada combinam-se perguntas abertas com perguntas fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O entrevistador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas irá fazê-lo num contexto semelhante ao de uma conversa informal. O papel do entrevistador é o de dirigir, sempre que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha “fugido” ao tema ou manifeste dificuldades com ele (Minayo, 1993).

mesma foi enviada à entrevistada para possíveis correções e ajustes. Neste sentido, a entrevistada assinou uma carta que autoriza a pesquisadora a utilizar o material da entrevista como documento de análise.

HISTÓRIA DA LOCURA E OS PRIMEIROS HOSPÍCIOS NO BRASIL: assistência à loucura como desordem e perturbação à paz social

No Brasil a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI. Em 1830, “os loucos” como eram chamados os doentes mentais, passaram a causar desordem e perturbação social e foram retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas.

De acordo com Amarante (1995) a doença mental é um objeto construído há duzentos anos, no qual implica o pressuposto de erro da Razão. Portanto, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena, de sua liberdade de escolha, pois Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania, sendo que quem não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade.

Leve o referido à soberana presença de Sua Majestade imperial para que haja por bem ordenar o que for mais do seu imperial agrado e fará um ato que eternizará o fausto dia da sagração e coroação do mesmo Augusto Senhor a fundação de um hospital de alienados, que bem poderia tomar o nome de Hospício de Pedro II (MACHADO, 1978, p. 427-428).

No dia 08 de dezembro de 1852 o Hospício de Pedro II foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, como tentativa de cuidar dos loucos de forma diferenciada, seguindo os parâmetros da medicina europeia da época. Com seu funcionamento, os loucos não deveriam mais perambular pelas ruas, nem ser enviados ao Hospital da Santa Casa. Portocarrero (2002) acrescenta que o hospício deveria obedecer à exigência de só receber loucos curáveis, transformando-se em uma instituição de caridade útil à sociedade.

A partir de 1890, o Hospício de Pedro II passou a se chamar "Hospício Nacional de Alienados", ficando sob administração do Governo Federal, desvinculando-se assim da

Santa Casa e ficando subordinado ao Estado. Nesse mesmo ano foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados e criados, anexados ao Hospício Nacional da Colônia de São Bento e à Colônia de Conde de Mesquita ambas para pacientes do sexo masculino, (MACHADO, 1978). As colônias tinham por finalidade principal resolver os problemas de superlotação do hospício, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuários e diversos artesanatos que caracterizavam os modelos de colônias. (Decreto nº 206 A, de 15 de fevereiro de 1890).

A crítica dos médicos era de que os loucos ou vagavam pelas ruas, ou ficavam isolados nas suas casas, ou eram encontrados em “cárceres” do Hospital da Santa Casa da Misericórdia que não oferecia condições para abrigar medicamente e recuperá-los. Os médicos criticavam tanto a situação dos loucos nas ruas quanto seu isolamento no Hospital da Santa Casa, e, assim, lançaram, uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício (MACHADO 1978, p. 376).

Silveira e Braga (2005, p. 593), afirmam que os loucos eram percebidos como seres perigosos e inconvenientes que devido a sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Portanto, são retirados desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, e é delegado esse saber ao especialista.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: Dados históricos

Em 1899, o Governo do Presidente Campos Sales impõe drásticas reduções orçamentárias á assistência psiquiátrica.

No ano de 1902, partindo de denúncias de que o Hospital Nacional é simplesmente uma casa de detenção de loucos, não havendo tratamento conveniente, disciplina ou fiscalização, o Governo do Presidente Rodrigues Alves decide reformular a assistência psiquiátrica e nomeia Juliano Moreira para o cargo de diretor do Hospital Nacional. Com ele, a psiquiatria ganha novo ímpeto, sob sua influência é promulgada, em 1903, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.

Em 1912 a Psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma e, a partir desta data até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais.

É no ano de 1927 quando o Governo do presidente Washington Luís cria o serviço de assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro.

No início da década de 1930, esta instituição é incorporada ao Ministério da Educação e Saúde que, obedecendo à tendência centralizadora do governo surgido da Revolução de 1930, assume a responsabilidade por todos os serviços psiquiátricos do país. Finalmente, em 1934, o Decreto nº. 24.559 de três de Julho promulga a segunda Lei Federal de assistência aos doentes mentais que ‘dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e à fiscalização dos serviços psychiatricos²’(COSTA, 1980, p 22-23).

No contexto brasileiro, tal como em outros países, houve relatos frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, condições precárias de trabalho nos manicômios, a ineficácia do tratamento, o elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica (COGA; VIZZOTTO, 2003). Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais para regular as práticas psiquiátricas brasileiras, preconizando a higiene mental e a eugenia. Em 1964, assim que os militares assumiram o controle político do país, o governo brasileiro celebrou um convênio com hospitais psiquiátricos privados, o Plano de Pronta Ação, repassando a esses hospitais recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país. Esse acordo teve como consequência o repasse de mais de 90% das verbas destinadas à saúde mental brasileira para o setor privado (WAIDMAN, 2004; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 151-164). Segundo Amarante (1995), esse foi o maior processo de privatização de saúde de que se têm notícias.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, começaram a surgir os primeiros sinais de redemocratização no Brasil. Contudo, o país enfrentava uma recessão econômica. Nessa conjuntura, o modelo previdenciário entrou em crise (SOARES, 1997). A necessidade de cortar despesas fez com que os altos custos com pagamento dos manicômios particulares contribuíssem para motivar a reforma psiquiátrica brasileira (ANDREOLI; ALMEIDA-FILHO; MARTIN; MATEUS; MARI, 2007, p. 43-46).

² A psiquiatria é a especialidade médica dedicada ao diagnóstico, prevenção e tratamento de transtornos mentais. Estes incluem várias desadaptações relacionados ao humor, comportamento, cognição e percepções.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o ano de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobre tudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.

Estas intervenções, com repercussão nacional, demonstram ainda de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos-SP, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, é criada uma cooperativa e residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos, passa a ser um marco no processo de Reforma³ Psiquiátrica

³ O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se

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

É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, porém somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, e ganha maior sustentação e visibilidade.

Com a Constituição Federal de 1988, é criado no Brasil o SUS – Sistema Único de Saúde, construído pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, submetido ao controle social através dos Conselhos Comunitários de Saúde, sendo instituído pelas Leis Federais nº8.080/1990 e nº8.142/1990 e direcionado para o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de “saúde” como direito de todos e dever do Estado.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental torna-se o Movimento de Luta Antimanicomial, buscando chamar toda a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o ‘louco’ e a ‘loucura’, adotando um novo lema de luta: “Por uma Sociedade sem Manicômios” e estabelece o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial (LIMA, 2010). Neste período surge também o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil na cidade São Paulo e marca também o início da intervenção.

concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

No decorrer dos anos 1990 e 2000, o campo da saúde mental, diferentemente do campo das políticas sociais, incorpora seus maiores investimentos em termos legais como: a Portaria 336/99, que regulamente os Centros de Atenção Psicossocial, a Portaria 106/00, que regulamenta a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas, a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa⁴, a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008, assim como outras orientações que deram corpo a essa dimensão, no decorrer do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em 2001 a Lei Federal 10.216 (abril/2001) que representa, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais. Neste período também, mais precisamente em 2004, acontece o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. A Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Há hoje no país cerca de 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passaram a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

POLÍTICA DA SAÚDE MENTAL NO PARANÁ - CURITIBA

No Estado do Paraná, o primeiro hospício inaugurado em 1903 chamava-se Hospício Nossa Senhora da Luz, localizado na cidade de Curitiba, abrindo as portas à institucionalização da assistência psiquiátrica do Estado. Uma instituição religiosa e filantrópica ligada à Santa Casa de Misericórdia permaneceu isolado nesse tipo de

⁴ “O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.” <http://pvc.datasus.gov.br/>.

assistência até a abertura do Sanatório Espírita Bom Retiro. Apenas em 31 de março de 1945 foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico do estado o Sanatório Bom Retiro o atual Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, também localizado na capital. As tratativas da Federação Espírita do Paraná, visando a construção de um hospital, em que junto aos preceitos da ciência psiquiátrica desenvolver-se-iam as práticas espíritas de cuidados, iniciaram-se em 1920. Porém, dificuldades de caráter econômico paralisaram as obras em 1938, o que retardou a inauguração do hospital até 1945 (Wadi, 2009, p.80).

No ano de 1954 foi inaugurada o hospital Colônia Aduino Botelho, no município de Pinhais região metropolitana de Curitiba, o Estado passou a contar com o seu único hospital público psiquiátrico, uma instituição psiquiátrica pública, em terreno distante 26 km da capital e recebeu o nome de Hospital Colônia Aduino Botelho (HCAB), em homenagem ao então diretor do SNDM. O SNDM⁵ foi criado durante a ditadura Getulista e foi montado e organizado por Aduino Botelho (Paraná, 1955), e foi um dos resultados da política de assistência psiquiátrica brasileira gestada no primeiro período presidencial de Getúlio Vargas (1930-1945).

Na década de 1960, pode-se visualizar a aceleração do processo de assistência psiquiátrica no Paraná. Isso ocorreu fundamentalmente em razão do estabelecimento de convênios entre governos estaduais e hospitais privados para a instalação de leitos no interior do estado.

Nesse sentido, as denúncias à assistência psiquiátrica, devido às péssimas condições dos hospitais psiquiátricos e aos maus tratos ao qual estavam submetidos os portadores de transtornos psiquiátricos internados, se iniciam na década de 1970. Sendo assim começa a ser “descoberta” a violência institucionalizada (MOURA, LUZIO e MESQUITA FILHO, 2011).

A partir dessas denúncias que se começa um processo de mudança, que no Brasil acontece a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, que é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado (BRASIL, 2005).

⁵ (SNDM) Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Deste modo o Deputado Federal mineiro, do Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado, cria o projeto de Lei nº 3.657/89 que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que vai dar o tom do movimento e dos debates do setor com toda a sociedade, em 1990 (ROSA, 2003)

No ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.08).

De acordo com Franchini e Campos (2008), a criação, no Brasil, dos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial - foram embasados nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, e buscam uma nova forma de compreensão sobre a loucura e de intervenções mais adequadas para seu tratamento, o qual procura abranger no tratamento a condição humana social, política e cultural do indivíduo, havendo uma preocupação em que o cuidado ao paciente seja uma sustentação cotidiana das situações sociais vivenciadas, visando a uma participação mais ampla, que inclua o atuar do indivíduo como sujeito. Neste sentido o trabalho do(a) assistente social é de extrema importância na intervenção da pessoas com doenças mentais. É importante também a ação mediadora do profissional na garantia de direitos desse público e do vínculo familiar junto à equipes multidisciplinares para a inclusão social das pessoas em tratamento na saúde mental.

No Paraná, há 18 instituições especializadas, concentrando 92% dos 3.248 leitos psiquiátricos, sendo 15 delas de natureza jurídica privada e caráter empresarial, três filantrópicas e apenas uma pública. Parte desses hospitais teve o número de leitos reduzidos, outros foram fechados e novos foram abertos, encerrando-se o ano de 2012 com vinte instituições especializadas e 3.208 leitos psiquiátricos em funcionamento no Estado (MANGUINHOS, RJ, 2015, P.1654).

Segundo a assistente social uma das profissionais responsáveis do hospital Adalto Botelho a reforma no início causou transtorno nos hospitais psiquiátricos e redes psiquiátricas.

Conforme o decreto da reforma psiquiátrica, os hospitais tiveram que dar alta para vários pacientes na época, sendo que nem todos os pacientes estavam em condições psicológicas adequadas para receber alta. Outro motivo foi que os familiares moravam em outros municípios, e os responsáveis tiveram que organizar um mutirão para levar os pacientes até suas casas, 14 desses pacientes não tinham familiares e acabaram retornando para os hospitais e lá vivem até hoje. O número de pacientes internados diminuiu de 1300 para 400 no hospital Adalto Botelho, onde muitos leitos foram desativados. Contudo, um dos benefícios da reforma foi o controle de internos e a diminuição do tempo de internamento, causando com isso uma melhor socialização dos pacientes no ambiente familiar (PROFISSIONAL ENTREVISTADA. 2017).

Neste tópico, apontamos a atuação territorial em rede bem como estratégia de atenção Psicossocial (EAPS), pilares de Política da Saúde mental, aos portadores de transtorno mental. Observamos a necessidade de problematização da permanência e da função dos ambulatórios de saúde mental (ASM) no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. Os ambulatórios de serviços públicos estão articulados em rede, mas algumas críticas e reformulações têm sido feitas a esse modelo de rede.

No caso da saúde mental, essa situação se agrava, pois, historicamente, sempre houve a fragmentação dos serviços de saúde mental da rede de saúde em geral. Isso gerou uma exclusão do portador de transtorno mental da rede de saúde geral bem como do meio social. (SEVERO E DIMENSTEIN, 2011, P. 643).

A partir da explanação da entrevista percebeu-se a importância da intersetorialidade na saúde mental, as autoras tiveram a oportunidade de conhecer como funciona esta organização, e como os projetos deveriam ser aplicados em benefícios aos usuários no tratamento psicossocial⁶. As autoras concluíram que a intersetorialidade está delimitada ao serviço psiquiátrico por falta da rede de apoio (rede alternativa) psíquico social entre o trajeto do usuário do Caps⁷ até o internamento.

⁶ Entendemos por campo de atenção psicossocial aquele que foi construído a partir do processo de reformas no campo da psiquiatria no Brasil ao longo dos últimos 30 anos, campo este que preconiza uma orientação diferenciada no tratamento, assistência e atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. Determina uma série de atividades, estratégias e iniciativas no campo da saúde mental, que são capazes de produzir o cuidado ampliado em saúde.

⁷ (CAPS) Centro de Atenção Psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foram abordados assuntos pertinentes que envolvem a questão da política pública da saúde mental. Percebe-se que não há possibilidade de estudar saúde mental sem conhecer a rede intersetorial. Desta forma, foi apresentada a história da política da saúde mental e a reforma psiquiátrica junto ao serviço social, e a importância de conhecer e saber como funcionam as redes de apoio.

A partir das observações dos aspectos apresentados no decorrer desta pesquisa, compreendeu-se que o trabalho do assistente social na intervenção entre o usuário e a rede é muito relevante e imprescindível para que sejam desenvolvidas e executadas políticas públicas de saúde mental para o enfrentamento do usuário em tratamento de transtorno mental.

Após análise da pesquisa, compreendemos que o trabalho do assistente social junto às políticas públicas, busca viabilizar direitos sociais e igualitários para a população com transtorno mental.

Nesse sentido, verifica-se a importância de criar e estabelecer novas relações com a loucura, possibilitando as trocas de saberes e principalmente articulando as redes de cuidado nas quais o sujeito seja visto em sua totalidade, como protagonistas de sua vida.

As autoras acreditam ter alcançado os objetivos mencionados no início da pesquisa, porém, sabe-se que este debate é a ponta do iceberg tendo em vista o campo vasto e fértil para futuros apontamentos e discussões no seio acadêmico, nos espaços sócios ocupacionais e no contexto da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.11 n.3, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 10-05.2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL: Ministério da previdência social (2007). Diretrizes de conduta médico pericial em transtorno mental Brasília, DF: Ministério da previdência social.

BRASIL, Priscila. Hospital Psiquiátrico Colônia Adalto Botelho. Pinhais. Paraná. 15 agosto. 2017

CECILIO, L.C. O. Modelos Tecno-assistências em Saúde: Pirâmide ao círculo, uma pirâmide ser explorada, cadernos Saúde Públicas, 13/3)464-478

DIMENSTEIN, M.S Liberato, M (2009, maio). De Institucional é ultrapassar fronteiras: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede cadernos.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012.

Gil, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, L. MARIA R. Saúde Mental e trabalho social. São Paulo: Cortez, 1983.

MINAYO, M. C. (1994). O desafio do conhecimento. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITECABRASCO.

MINAYO, M. C. (2011). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (30a ed.). Petrópolis: Vozes.

MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia; MESQUITA FILHO, Júlio de. **Reforma psiquiátrica, movimento social e engajamento Profissional**. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. 2011.

PARANÁ. Secretária de Estado da Saúde. *Endereços da rede de atenção em saúde mental*. Curitiba: Sesa/Isep/DSS/Coordenação de Saúde Mental. Disponível em: <http://200.189.113.52/saudemental/index.html>. Acesso em: 1 jun. 2007. 2007. [Links

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abilio. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, 2012.

PORTOCARRERO, Vera. Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

VASCONCELOS, E, M, (2009, maio). Epistemológico, diálogos e saberes: estratégias para práticas Inter paradigmáticos em saúde mental. Caderno brasileiro de saúde mental,1(1). [CD-ROM].

VECHI, Luís Gustavo. Introgenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>. Acesso no dia 22/07/2017 as 10:00.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/quem-foi-philippe-pinel-e-esquirol/32125>.