3

As políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: panorama histórico.

As políticas sociais públicas foram constituídas principalmente a partir da pressão das classes sociais sob o estado capitalista. Foi a partir do reconhecimento da questão social[13] que o Estado passou a implementar dispositivos legais e de gestão, a fim de minimizar a "tensão" capital *versus* trabalho.

Segundo Dias (2007, p. 23):

> "a política setorial da saúde e sua especificidade de saúde mental foi sendo gestada no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do estado brasileiro ao longo do século XX [...]".

As políticas sociais devem ter o seu conteúdo apreendido historicamente, ou seja, dentro das condições objetivas do mundo do capital e, também, no cerne das lutas sociais das classes trabalhadoras, pois os desdobramentos para efetivação dessas políticas tiveram como pano de fundo as crises do sistema capitalista. Portanto, as políticas sociais, além de responder às demandas e às lutas das classes trabalhadoras, também visaram minimizar os efeitos de outras políticas governamentais, indispensáveis ao processo de acumulação capitalista.

Até o século XVIII, a assistência médica prestada à população brasileira pelas Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade era pautada na filantropia e na prática liberal destinada aos pobres, velhos, órfãos e mendigos, não os distinguindo dentro da sua vasta clientela. Portanto, no Brasil colonial, a loucura não representava uma ameaça à sociedade conforme destaca Resende (2001: 31):

> "As famílias mais abastadas, estas escondiam em casa seus doentes, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados".

[13] Entendida como o conjunto das manifestações das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista, e que "tem como raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada monopolizada por uma parte da sociedade" (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Foi a partir do século XVIII que a tolerância para com os “insanos” diminuiu. A sociedade escravocrata da época passou a exigir providências e ações concretas no trato da loucura, a partir dos vários conflitos sociais decorrentes da polarização societária: uma minoria que era representada pelos senhores e, uma multidão de escravos, mas sob a responsabilidade e “proteção” de seus senhores. Entre estas duas camadas estavam os inadaptados, os mestiços, os negros alforriados, os indivíduos sem trabalho, os indigentes, etc. Com o agravamento da questão social nas cidades, a loucura passou a chamar a atenção.

> “Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçadamente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade” (Resende: 2001:35).

A partir de então as Santas Casas de Misericórdia passaram a receber os insanos, conferindo um tratamento diferenciado, pois os mesmos eram amontoados nos porões, sem assistência médica e vigiados pelos carcereiros. Os delírios e agitações eram contidos com agressões físicas ou contenções. Depois de sua admissão, permaneciam ali até a morte. Quando não havia vagas nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia, os loucos eram encaminhados às prisões e lá recebiam os mesmos maus tratos.

Assim, as medidas de “proteção” à loucura no Brasil se assemelhavam às da Europa: a repressão e o asilamento foram as respostas encontradas para diminuir os problemas sociais e preservar a ordem social. Conforme podemos verificar em Silva, Barros e Oliveira (2002:04): “A psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir. No século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral”.

A partir do século XIX, com o processo de urbanização das cidades brasileiras, dentre elas a do Rio de Janeiro, várias epidemias eclodiram, fato que gerava um enorme problema de saúde pública que chegava inclusive a ameaçar os interesses capitalistas da época. Desta forma, o governo implementou uma política de “saneamento” que visava controlar o trânsito livre dos doentes, mendigos, vadios e loucos. Neste contexto, foi construído o primeiro hospital psiquiátrico público do Brasil.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

3.1. O Hospital Dom Pedro II: o marco do nascimento da assistência psiquiátrica brasileira.

O Hospital D. Pedro II foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro e tinha a capacidade de atender 350 pacientes de todo o império. Ao ser inaugurado já abrigava 144 doentes, sendo que em menos de um ano já havia atingido sua capacidade máxima.

As demandas pela intervenção do Estado no âmbito da loucura e do louco se deram por três formas, segundo Rosa (2003:87):

- "Social, pela intranqüilidade provocada pela "loucura solta na rua", que ganha maior visibilidade em meio aos riscos de tumultos urbanos, gerados pelo crescimento do contingente de homens livres e desocupados;
- Clínica, pois os médicos, majoritariamente higienistas, em nome de princípios humanitários e da higiene pública, passam a denunciar os maus tratos aos quais são submetidos os loucos (principalmente furiosos e agitados), detidos em prisões comuns e sem tratamento médico, já reivindicando para si, desde 1830, por intermédio da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o monopólio da cura e do tratamento;
- Caritativa, pois as irmandades religiosas pleiteavam uma ação sobre a loucura, a fim de atenuar os sofrimentos humanos dela decorrente".

Resende (2001) chamou a atenção para uma característica que até pouco tempo se fazia presente no campo da saúde mental: inaugurado um hospital, em um curto espaço de tempo já tinha sua capacidade máxima de atendimento esgotada. Imediatamente surgiam novas cobranças para a expansão da rede hospitalar psiquiátrica. Assim, foi sendo paulatinamente construída a cultura que lugar de "louco" é nos hospícios.

Sob a influência dos ideários europeus, a recém-criada Sociedade de Medicina enfatizou a necessidade de dar aos "doentes mentais" um tratamento mais adequado, já que dentro destas instituições o saber médico psiquiátrico ainda não se fazia presente, pois os hospitais psiquiátricos como o D. Pedro II ainda não haviam se transformado em lugar de "cura", como na Europa. A segregação e a exclusão eram apenas uma medida para afastar os "doentes mentais" do convívio social. A assistência prestada a esse segmento populacional continuava sendo prestada por leigos e religiosos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Em 1860 ocorreu a inauguração, também no Rio de Janeiro, da primeira instituição psiquiátrica particular do país, a Casa de Saúde Dr. Eiras. Ao ser inaugurada dispôs de 40 leitos que se diferenciavam de acordo com o poder aquisitivo dos internos.

Dentro dos hospitais, os pacientes psiquiátricos eram submetidos a maus-tratos, a imundícies, a superlotação, à baixa qualificação e à truculência por parte daqueles que deveriam cuidar.

Para Silva (2002) a psiquiatria do século XIX se restringiu a recolher e a excluir. O tratamento moral somente surgiu como indicação clínica, no século subsequente, embora permanecesse a exclusão/remoção.

3.2 A psiquiatria científica no Brasil.

A proclamação da República demarcou o nascimento da psiquiatria científica e a ascensão do saber médico- psiquiátrico no controle das instituições, tendo o aval do Estado, que delegou aos médicos psiquiatras a função de prestar assistência ao portador de transtorno mental, em questões gerais de saúde e psiquiatria. A partir desse momento, ocorreu uma ruptura, como aponta Resende:

> "(...) a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia" (Resende, 2001:43).

Rosa (2003) diz que a inovação no campo psiquiátrico neste período se correlacionava com o arcabouço normativo e institucional promulgado e a implementação das colônias agrícolas que surgiram como um processo de reflexão do alienismo, "modalidades assistenciais opostas aos asilos fechados, com declarado intuito de transformá-los em hospitais psiquiátricos, com aparência de normalidade e não de exceção, de liberdade e não de clausura".

No início do século XX, surgiram algumas iniciativas de organização do setor saúde que foram aprofundadas a partir de 1930 (Bravo, 2007).

Dias (2007) ressalta que houve uma aproximação histórica entre a eugenia e o higienismo no processo de conformação da saúde pública brasileira, influenciando de modo

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

hegemônico a saúde mental, através da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923. A prevenção eugênica e as medidas de higiene mental se materializaram com a criação de hospitais e colônias agrícolas públicas destinados aos portadores de transtorno mental, tuberculose e hanseníase.

Nos anos subseqüentes, o processo de psiquiatrização tornou-se mais forte a partir da consolidação do saber da psiquiatria sobre a "doença mental". Novas técnicas contribuíram para o aprimoramento neste processo. A década de 30 marcou avanços no tratamento da "doença mental" com a descoberta dos choques, da lobotomia e da eletroconvulsoterapia.

Na década de 30, houve o início da industrialização brasileira induzida diretamente pelo Estado, fato que favoreceu a redefinição do papel do Estado no trato da questão social, contribuindo para o surgimento das primeiras políticas sociais. A lógica de provisão destes primeiros programas moldou o atrelamento do benefício da saúde a uma ocupação produtiva formal no mercado de trabalho, objetivada pela nova carteira de trabalho lançada por Vargas. Assim, a saúde passou a ser estruturada em grupos ocupacionais, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's, que depois foram incorporadas pelo governo Vargas, em 1937, sendo mais tarde transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs[14]. Cabe ressaltar que o objetivo primordial dessa política era o de assegurar o desenvolvimento industrial, preservando a força de trabalho por meio de uma política social, a política de saúde**.** A estrutura dos serviços de saúde se baseava no binômio atenção médica individual e assistência hospitalar.

Resende (2001, p. 57) ressaltou que:

> "Apesar, pois, de a assistência médica já ter-se tornado tradicional entre os benefícios de que gozavam os previdenciários, a atenção psiquiátrica só será incorporada às demais especialidades muito mais tarde, na década de 50, e mesmo assim incipientemente".

A partir do Pós-Segunda Guerra Mundial, os EUA se transformaram na maior potência capitalista, passando a influenciar as demais nações. Esse fato contribuiu para a

[14] Os serviços médicos do IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até final da década de 50, uma vez que a psiquiatria não gozava do status científico em virtude da ineficácia de seus tratamentos, da situação deplorável de seus hospitais e pelo fato de não dispor ainda de medicação específica, pois os neurolépticos só chegam ao país em 1955 (Silva, 2002. p.05).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

expansão e difusão do modelo de assistência médica pelo mundo, baseado no modelo hospitalocêntrico[15] que se sustentou no binômio, alta tecnologia e especialização, adotado naquele país.

Somada à influência anterior do movimento de higiene mental, esta orientação influenciou a política de saúde mental no Brasil através da promulgação do Decreto Lei nº 8.550 de 1946, que estimulou a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais. Em decorrência desta postura houve o aumento da rede hospitalar e da população institucionalizada. Segundo Dias (2007, p. 37) este quadro de valorização da hospitalização psiquiátrica como eixo da política pública de saúde mental será uma tônica no Brasil por algumas décadas.

O processo de aceleração da industrialização brasileira contribuiu para que fosse constituída uma política de assistência psiquiátrica que também incluiu investimentos na fabricação de psicofármacos específicos. É inegável que o uso desses medicamentos colaborou na eficácia terapêutica no tratamento dos transtornos mentais, mas não produziu mudanças na concepção do "*local*" de tratamento que se manteve inalterado: dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Nesse período, a estrutura de atendimento hospitalar privada já estava montada e contribuiu para a formação de empresas médicas, que pressionavam o Estado para a privatização dos serviços de saúde. Apesar da pressão médico-privatista, os serviços prestados à população eram fornecidos pelos próprios Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP'S).

Durante a ditadura militar, período compreendido entre 1964-1974, o Estado, para manter sua legitimidade, utilizou o binômio: repressão-assistência. Contraditoriamente, foi na vigência dos regimes autocráticos que ocorreu um significativo incremento das políticas assistenciais de forma burocratizada e moderna com o intuito de aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade. Além disso, as medidas adotadas com o binômio, repressão e assistência, serviram como instrumento para aumentar a acumulação capitalista privada no setor saúde. Ocorreu a expansão da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos

[15] Hospitalocêntrico refere-se à política de considerar o hospital como centro da atenção à saúde.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

privados devido a uma diretriz do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que articulou aos IAP's todos os serviços de saúde[16] e previdência.

Segundo Bravo (2007), até a promulgação da Carta Constitucional de 1988, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. O problema era que as reformas realizadas na estrutura organizacional da política de saúde eram incapazes de modificar suas ações predominantemente curativas e atreladas ao setor privado.

Como se pode observar através desse breve resgate sobre a política de saúde e de saúde mental no Brasil, o Estado, ao implementá-las contribuiu também para garantir a melhoria do nível de vida da classe trabalhadora e das condições sanitárias, além de contribuir para o crescimento econômico do país. Não obstante, essas políticas sofreram influência dos organismos multilaterais[17] o que justificou a ênfase ora na hospitalização, ora na atenção primária, com destaque para a saúde mental.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

3.3. O movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

> "O projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (Bravo 2007, p 101)."

[16] Para Resende (2001) os hospitais públicos eram destinados aos indivíduos sem vínculo formal com o mercado de trabalho. Os demais eram encaminhados à rede privada seguindo a ideologia privatista do período autocrático.

[17] Em 1995 a Organização Mundial de Saúde analisa as legislações em saúde mental em diversos países e constata que houve uma ênfase nos aspectos jurídicos em detrimento dos cuidados em saúde. Entre outras diretrizes, estabelece a necessidade de serem criadas normas parar orientação técnica do atendimento hospitalar psiquiátrico, referendando o modelo centrado nesta instituição (OMS, 1995). Segundo DIAS (2007, p. 37-8) ao mesmo tempo, no ano seguinte, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou o Seminário de Viña Del Mar (Chile) com objetivo de avaliar o ensino da medicina preventiva e social e incentivar o movimento preventista no Brasil com a difusão das ciências sociais como base de análise do fenômeno saúde/doença.

Com o fim da autocracia burguesa, a sociedade brasileira vivenciou um período denominado de “Nova República”. Segundo Viana (1986), a “Nova República” se caracterizou pela conclusão do ciclo histórico da revolução burguesa autoritária, pela constituição de um mercado capitalista que pretendia redefinir suas relações com a esfera pública pela afirmação do reino do interesse e do esforço emancipatório das classes subalternas no sentido de conquistar uma cidadania livre da tutela do Estado, pela constituição de um sistema público e universal de saúde pública e atenção social assegurados na carta constitucional de 1988.

O governo da “Nova República” se comprometeu a resgatar a “dívida social” oriunda do governo ditatorial e do agravamento da crise econômica. Assim o governo se organizou a fim de:

- implementar planos de emergência para o combate à fome, ao desemprego e à miséria;
- reformular o sistema de proteção social brasileiro, com a intenção de realizar reformas na seguintes áreas: previdenciária, sanitária, educacional, tributária e do sistema financeiro de habitação.

Portanto, o processo de redemocratização vivenciado pela sociedade brasileira favoreceu o surgimento de novos atores sociais, antes excluídos pelo regime autocrático, que passaram a discutir, entre outras, a temática da saúde e da previdência. Esses novos atores defendiam a restauração dos princípios democráticos e universalistas no que tange às políticas sociais. Esta nova postura da sociedade civil contribuiu para que a saúde deixasse de ser uma temática apenas dos técnicos do setor, e passasse a ter uma dimensão política vinculada aos anseios democráticos.

Assim sendo, a reforma sanitária brasileira deve ser compreendida como um projeto setorial que objetivava a consolidação da democracia e da cidadania na sociedade brasileira. Desta forma, seus integrantes defendiam a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas pelo processo de acumulação capitalista. Foi nesta perspectiva de inclusão social que a “saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” se consubstancia no lema central do que veio a se constituir como Movimento de Reforma Sanitária.

Para Dias (2007, p.48),

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

> "as mudanças ocorridas marcaram a formulação de nova concepção de saúde e saúde mental, e criaram novos desenhos institucionais, alterando significativamente a política pública e a relação dos segmentos sociais envolvidos com a gestão da saúde".

Segundo Bravo (2007 p. 96), as principais propostas debatidas foram:

- a universalização do acesso;
- a concepção de saúde como direito social e dever do Estado;
- a reestruturação do setor- saúde através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando a um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva;
- a descentralização do processo decisório que passou para as esferas estaduais e municipais. O financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema "Democracia é saúde", ocorrida em março de 1986, em Brasília, contou com uma participação popular muito superior às anteriores. Sua maior contribuição foi trazer para a sociedade a discussão da saúde. Segundo Bravo (2007:96), "a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária". Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um dos acontecimentos mais significativos, sedimentando as propostas já debatidas nas conferências anteriores. Portanto, as diretrizes desta Conferência foram decorrentes de um longo processo de debate crítico sobre o setor saúde, no qual as diferentes forças sociais se uniram em torno do movimento de Reforma Sanitária. Para Teixeira (1989:39),

> "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 concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado".

Foi a partir do Movimento de Reforma Sanitária que se rompeu com a forma histórica de constituição da política de saúde brasileira que se caracterizava por ser:

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual**.** A partir de então, a Saúde[18] passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado.

Durante o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, no que dizia respeito à política de saúde, houve uma polarização de interesses em dois blocos:

- os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústria Farmacêuticas;
- e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária.

Assim, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, fruto das pressões oriundas dos movimentos sociais, dentre eles o de Reforma Sanitária, que criticava o modelo vigente, que até então privilegiava a não-integralidade das ações de saúde, o não-reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como, enfatizava as práticas curativas e não preventivas de saúde. Com as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, o SUS delineou seu arcabouço jurídico-legal, normatizando a descentralização e definindo os critérios de financiamento. Entretanto, as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente iniciaram após a criação da Norma Operacional Básica n.96 em 1996.

No processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, estas mudanças trouxeram repercussões positivas no campo da saúde mental, principalmente no que diz respeito à defesa dos direitos de cidadania e à obrigatoriedade e responsabilização estatal com a organização e prestação dos serviços no campo da saúde mental.

Apesar de todos os avanços obtidos com a criação do SUS percebe-se que a população que utiliza este sistema é proveniente das camadas menos abastadas, enquanto a classe média/alta recorre às empresas médicas, aos seguros saúde, às cooperativas, etc. Este fato se imbrica sobre o avanço das políticas neoliberais adotadas, a partir da década de 90, pelo Estado Brasileiro, influenciado pela política neoliberal. Neste modelo, o Estado deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e pelas políticas sociais, transferindo suas funções para o setor privado e/ou organizações não

[18]A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987:382)".

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

governamentais. Somadas a esses fatores se acentuam a refilantropização[19], a terceirização e precarização de várias linhas de proteção social na atualidade. Portanto, os reflexos da política neoliberal no campo da saúde deram origem a dois projetos conflitantes: o da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado com o mercado privatista-hegemônico a partir da segunda metade da década de 90 (Bravo, 1999).

Diante do exposto, conforme Laurell (1997) percebe-se que na América Latina, inclusive no Brasil, a reestruturação do Estado (pós 1990) e das políticas sociais se aproximaram do modelo de bem-estar liberal norte-americano em que prevalece a lógica mercadológica no trato das políticas sociais, que estratifica a sociedade em basicamente dois segmentos: de um lado, os que podem pagar têm seus direitos assegurados e são de primeira qualidade, de outro lado, os que não podem pagar, que passam, então, a depender de políticas cada vez mais residuais e fragmentadas. Este fato fere o princípio da universalidade do acesso às políticas sociais, garantido na Constituição de 1988. Desta forma, propaga-se a erosão do conceito de "direitos sociais" que se baseia no acesso igualitário e gratuito dos serviços públicos.

O que se pode observar é que a política de saúde no Brasil nos dias atuais ainda está dividida entre saúde coletiva e saúde individual, entre os interesses privados e os interesses dos cidadãos, ficando claro que o Estado tem diminuído seu gasto com o setor, comprometendo a qualidade dos serviços prestados e dificultando a melhoria dos mesmos.

3.4. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Sob a influência do Movimento de Reforma Sanitária emergiram diferentes movimentos sociais em defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. Os primeiros a chamar a atenção para este campo foram os trabalhadores da saúde mental, seguidos pelos usuários do serviço e seus familiares. Estes três grupos passaram a aglutinar forças, reivindicando alterações no modelo de assistência vigente que se baseava no binômio: exlcusão/segregação. Com esses questionamentos, o processo de Reforma

[19] Para Carlos Montaño (2002), o processo de refilantropização das políticas sociais é uma conseqüência da adoção de políticas neoliberais, uma vez que o Estado deixa de ser o principal responsável no processo de elaboração, planejamento e execução das políticas sociais. Desta maneira, as políticas sociais tornam-se cada vez mais focalizadas, descentralizadas e precárias. Assim, para suprir a ausência do Estado, a "sociedade civil" passa a implementar práticas caritativas, voluntárias e filantrópicas.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Psiquiátrica avançou no País no final da década de 70, e seu desenvolvimento pode ser subdividido em 3 períodos. Segundo Vasconcelos (2008):

3.2.1 Primeira Grande Fase (1978-1992): Este período se caracteriza pelo processo de mobilização dos técnicos em torno das denúncias da situação dentro dos hospitais e asilos, e da construção das primeiras práticas alternativas ao tratamento até então prestado. Houve também uma maior penetração no corpo do Estado que permitiu algumas experiências pioneiras. Este momento pode ser compreendido em 3 subperíodos a saber:

O primeiro subperíodo foi marcado pela mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura: protoformas das "ações integradas de Saúde": 1978-1982 (São Paulo e Minas Gerais) 1978-1980, (Rio de Janeiro).

Segundo Amarante (1995), o movimento de Reforma psiquiátrica brasileira, teve como estopim, no Rio de Janeiro, o episódio conhecido como crise do DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de Saúde Mental. A crise foi deflagrada quando três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II registraram, no livro de ocorrência, irregularidades ocorridas no plantão de pronto socorro levando a público a trágica situação existente naquele hospital. Esse ato de denúncia recebeu apoio imediato de profissionais de outras unidades e do Movimento de Renovação Médica (REME).

Nasceu assim o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo era discutir e encaminhar propostas de transformação na assistência psiquiátrica, humanizando os serviços. O MTSM denunciava a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, além de construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Vasconcelos (2008) destacou que o MTSM surgiu de forma independente do aparelho do Estado, havendo uma mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo.

Para Amarante (1995:52), o MTSM tinha como objetivo:

> "Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

> trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade".

É no interior do MTSM que emergem as primeiras reivindicações pela criação e expansão de uma rede de serviços ambulatoriais em saúde mental. Vasconcelos (2008) ressaltou que o MTSM, embora almejasse a criação de uma rede de serviços ele ainda não tinha claro como a rede deveria se efetivada.

No segundo subperíodo sob a influência do movimento de reforma sanitária, as equipes multiprofissionais ambulatoriais chegaram ao campo da Saúde Mental. As práticas hospitalares foram humanizadas, como também passou a haver um maior controle para evitar os antigos maus-tratos. (Rio de Janeiro - 1980), (São Paulo - 1982); (Minas Gerais - 1987).

No estado do Rio de Janeiro, em 1980, foi criada uma nova modalidade de gestão da saúde, a Co-Gestão, um convênio entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência com a finalidade de reorientar as políticas públicas de saúde. A Co-Gestão permitiu a abertura de um importante espaço político para as lideranças do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e preparou o terreno para o lançamento do Plano Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982/1983 que possibilitou a implementação gradativa em todo o país do modelo sanitarista das chamadas "Ações Integradas de Saúde" que desaguaram mais tarde no SUS (Vasconcelos, 2002).

Nos estado de São Paulo e Minas Gerais, a ascensão de governos oposicionistas ao poder, em 1982, permitiu a entrada de lideranças do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental nas Secretarias Estaduais de Saúde, possibilitando uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estaduais e privados e particularmente a partir da implementação do CONASP houve uma expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde com equipes de saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2008:33), é importante destacar alguns objetivos da plataforma política do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental da época:

- "não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e redução onde possível e/ou necessário;

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

- regionalização das ações em Saúde Mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos serviços de emergência do setor público;
- expansão da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais de Saúde Mental, compostas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, às vezes por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- humanização e processo de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais".

O terceiro subperíodo representou um momento de fechamento temporário do espaço político, desencadeado pelo processo de mudanças políticas dentro do governo Sarney. Em contrapartida, emergiu o movimento da Luta Anti-Manicomial que auxiliou no fortalecimento da transição da estratégia política em direção ao modelo da desinstitucionalização psiquiátrica (1987-1992).

Com a morte de Tancredo Neves, presidente eleito indiretamente, seu vice-presidente, José Sarney, assumiu o cargo. Nesse momento, ocorreu um fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares no governo federal como também na maioria dos estados brasileiros. Somente o estado do Rio Grande do Sul contou com um governante, Pedro Simon, que permitiu um significativo avanço nas políticas de saúde mental a partir de 1986.

No final da década de 80, houve mudanças significativas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a criação da Lei Orgânica da Saúde 1990, uma vez que ambas apontavam para a construção do Sistema Único de Saúde e para os processos de descentralização político-administrativa da saúde, propiciando o surgimento de novas formas de cuidado em saúde mental.

A Psiquiatria Democrática Italiana exerceu uma influência crescente nas críticas ao modelo hospitalocêntrico presente no Brasil, pois colocava em cheque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira "Por uma

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

sociedade sem manicônios", propondo a implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional.

Em 1989, o Deputado Federal Paulo Delgado lançou um projeto de lei propondo a extinção e a substituição dos serviços do tipo manicomial.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, abriu um novo período de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com as primeiras iniciativas de financiamento de serviços substitutivos. Uma experiência inovadora na criação destes novos serviços já acontecia no município de Santos, São Paulo, 1989, que implantou o principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial, um serviço comunitário de portas abertas 24 horas por dia, 7 dias por semana, e capaz de atender a todo tipo de demanda de cuidado em Saúde Mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais. Hoje, este tipo de serviço é chamado de CAPS III. O processo na cidade de São Paulo foi também importante como experiência inicial dos Centros de Convivência e principalmente dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviços abertos 8 horas/dia, 5 dias por semana que foram mais tarde difundidos no resto do país, no que se chama atualmente de CAPS II.

3.2.3.Segunda Grande Fase (1992-2001): Este período representou a implantação da estratégia de desinstitucionalização no país, como também a consolidação e o amadurecimento do Movimento Antimanicomial. Contudo, essas conquistas sofreram os impactos do avanço neoliberal no Brasil, subdivididas em dois períodos.

Segundo Vasconcelos (2008), *no primeiro subperíodo* (1992-1995). Houve um avanço na consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, com a "desospitalização saneadora" e a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial, bem como o surgimento das associações de usuários e familiares.

Nesse momento, ocorreu a consolidação das mudanças mais significativas da história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país *pari passu* com as experiências internacionais mais avançadas da reforma psiquiátrica.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Apesar do conservadorismo adotado pelo presidente Fernando Collor de Mello, os líderes do movimento de Reforma Psiquiátrica reocuparam o espaço político através da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e das Coordenações estaduais e municipais do campo.

A redução significativa do número de leitos hospitais privados e principalmente públicos, que durante muito tempo depositaram as pessoas, ficou conhecida como um processo de "desospitalização saneadora". Somados a esse fator foram abertos na época 2.000 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 serviços de atenção psicossocial com a proposta de substituição gradativa da assistência psiquiátrica baseada na internação por serviços abertos.

Ainda nesse momento, ocorreu também avanços da Luta Antimanicomial através das legislações estaduais e municipais, apesar da não aprovação imediata do projeto de lei do Deputado Federal Paulo Delgado.

Concomitantemente à significativa mudança no tipo de assistência prestado aos portadores de transtorno mentais, os vários encontros e congressos também contribuíram para o lançamento da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares, realizado no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos, 1993.

No segundo *subperíodo* (1995-1999) ocorreram limites à expansão da Reforma no plano federal tendo em vista as políticas neoliberais do governo de Fernando Henrique Cardoso, com aumento do desemprego, miséria e violência social, consolidação, apesar da difusão gradual dos serviços de atenção psicossocial no plano municipal.

No nível federal, ocorreu uma desarticulação da liderança no Ministério da Saúde e um bloqueio às tentativas de avanço da Reforma, que se refletiram no processo de gerar novas iniciativas e portarias ministeriais sobre serviços e programas.

Em 1999, na gestão do Ministro da Saúde, José Serra, houve uma reocupação da coordenação de Saúde Mental no referido Ministério com a escolha da Dra. Ana Pitta, da USP. Os avanços não foram muito significativos, mas apontou para a importância de ocupar este espaço de forma mais incisiva, o que marcou a passagem para o período

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

seguinte, com a indicação, para aquela coordenação, do Dr. Pedro Gabriel, uma das lideranças do movimento.

Pode-se concluir que a Reforma Psiquiátrica nesta segunda fase se caracterizou por dois movimentos:

a) a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar;
b) a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

No terceiro subperíodo (1999-2001), ocorreu a reocupação do espaço e da iniciativa política na esfera federal, com novas conquistas no plano normativo.

A partir de meados de 2000, com a chegada do Professor Pedro Gabriel Delgado à Coordenação de Saúde Mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica teve nova oxigenação e novo dinamismo político.

3.2.4.Terceira Grande Fase (2001-...): Esta fase marcou a consolidação da hegemonia reformista, como também da rede de atenção psicossocial. A agenda política em saúde mental foi ampliada. Mas ainda há obstáculos a serem vencidos, principalmente com as limitações impostas pela política neoliberal do governo Lula.

Depois de longa espera, a Lei Psiquiátrica 10.216[20], de 06/04/2001 foi aprovada e regulamentada, em 2002. Segundo Vasconcelos (2008), constatou-se um avanço no plano normativo, como base para consolidação e ampliação dos novos serviços e do controle e redução dos leitos psiquiátricos convencionais:

- reatualização de várias portarias anteriores sobre serviços substitutivos;
- declínio gradativo no número geral de leitos e substituição por serviços de atenção psicossocial, principalmente a partir dos hospitais mais insalubres.
- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), em 2004: previu a redução progressiva e pactuada de leitos dos macro-hospitais;
- processo de regulamentação da internação involuntária e da comissão de saúde mental e direitos humanos.

[20] A Lei nº 10.216/01 encontra no Anexo II.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Houve ainda, uma ampliação da agenda temática e programática da política de saúde mental e da reforma psiquiátrica, com a incorporação de novos temas, campos e desafios, com seus serviços específicos:

- Estratégia de Saúde da Família (ESF): a questão dos cuidados em saúde mental comunitária desenvolvido no nível de atenção básica incluindo o apoio de serviços psiquiátricos mais complexos;
- a questão do abuso de álcool e outras drogas: criação de CAPS'ad[21] e reconceituação da atenção com ênfase nas estratégias de redução de danos;
- infância e adolescência: articulação de uma política e de um fórum específico, criação dos CAPSi[22] e rede específica; estratégias de inclusão de crianças e adolescentes com deficiência;
- inclusão pelo trabalho em saúde mental: desenvolvimento de projetos na área de trabalho protegido, cooperativas e projetos de economia solidária, ainda em uma escala reduzida;

Ainda é preciso destacar que as portarias GM/52 e GM/53 (aprovadas em 01. 2004) instituíram a criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e determinaram que fosse maior a remuneração para os hospitais que reduzissem o número de leitos e adquirissem pontuações mais altas nas avaliações. As avaliações qualitativas realizadas pelo Programa Nacional do Sistema Hospitalar na área da Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) vêem possibilitando a adequação dos hospitais às normas vigentes ou descredenciamento de seus leitos. E a portaria GM/251 (01/2004) determinou nova classificação dos hospitais psiquiátricos.

Essa lei impôs um novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica e, juntamente com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal ganhou maior sustentação e visibilidade.

A partir da promulgação da lei nº 10.216/2001, várias medidas foram implementadas, objetivando a promoção de mudanças no campo da saúde mental,

[21] Os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimentos a dependentes químicos e seus familiares.

[22] Os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimentos a Crianças e Adolescentes (CAPS'i), além dos serviços já citados, devolvem atividades comunitárias de integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social. Promovem também ações intersetoriais, principalmente na assistência social, educação e justiça.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

destacando-se entre elas uma nova a regulamentação dos CAPS, pela portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Estes centros se destinam ao tratamento dos casos mais graves, sendo caracterizados segundo a abrangência populacional e o regime de tratamento oferecido aos seus usuários – intensivo, semi-intensivo, no período de dois turnos (tipo I, para municípios que tenham entre 20 mil a 70 mil habitantes, e tipo II, para município que tenham população entre 70 mil e 200 mil), ou funcionamento ininterrupto (tipo III ou /CAPS 24 horas, para municípios que tenham acima de 200 mil habitantes). As três modalidades de serviço têm a mesma função no atendimento aos usuários da saúde mental, devendo estar capacitados para realizar o atendimento prioritário aos pacientes com transtorno mentais severos e em sua área territorial. Estes serviços são financiados pelo governo federal. Desta forma, foram criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Nessa mesma perspectiva de ampliar o direito das pessoas portadoras de transtorno mentais, em 2003 foi promulgada a Lei nº 10.708, que assegura o direito ao auxílio-reabilitação psicossocial estipulado pelo programa "De Volta para Casa" (PVC), que representa uma reivindicação antiga do movimento de reforma psiquiátrica. Este auxílio corresponde a um benefício de R$ 320,00 por mês. É assegurado aos portadores de transtorno mental que estiveram internados por um período ininterrupto equivalente ou superior a dois anos, até o ano de 2003. O Programa tem "um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania" (BRASIL, 2007a), referindo-se ao comprometimento com o resgate da situação de institucionalização, uma vez reconhecida a responsabilidade do Estado e da sociedade.

Por último, ocorreu um avanço quantitativo na rede de serviços substitutivos, particularmente a partir de 2002. Assim, em outubro de 2008[23], segundo a coordenação da saúde mental do Ministério da Saúde foram sintetizados e publicados os seguintes dados:

[23] Para obter dados mais atualizados visite: http://portal.saúde.gov.br/saúde/área.cfm?id_área=925. Este site foi acessado em 30 de maio de 2009 às 17:15. Os comentários nas laterais das tabelas são de autoria da própria Coordenação Nacional de Saúde Mental.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

A rede de atenção Psicossocial — CAPS – CAPS e PSF nas grandes cidades I

Tabela 4 - Rede CAPS, Cobertura PSF e ACS nas grandes cidades (mais de 500.000 habitantes)

UF	Município	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPS por 100.000hab	ACS Implantados	ACS % Cob.	Equipes SF Implantadas	Equipes SF % Cob.
SP	São Paulo	10.990.249	4	16	1	7	10	0,33	4.921	25,7	813	25,5
RJ	Rio de Janeiro	6.161.047		10		3	3	0,26	1.650	15,5	146	8,2
BA	Salvador	2.948.733	2	4		1	1	0,24	1.415	30,0	104	13,2
DF	Brasília	2.557.158	1	2		1	2	0,22	581	14,0	36	5,2
CE	Fortaleza	2.473.614	1	5		1	6	0,51	696	16,6	274	39,1
MG	Belo Horizonte	2.434.642			7		1	0,47	2.131	51,1	482	69,3
PR	Curitiba	1.828.092		5		2	5	0,66	1.102	35,4	161	31,1
AM	Manaus	1.709.010			1			0,09	1.478	50,2	169	34,5
PE	Recife	1.549.980		7	1	2	6	1,06	1.613	61,2	220	50,1
RS	Porto Alegre	1.430.220		2	1	2	1	0,45	342	13,6	84	20,1
PA	Belém	1.424.124	4	1	1	1	1	0,46	645	26,0	82	19,8
SP	Guarulhos	1.279.202		2			1	0,23	638	28,6	84	22,6
GO	Goiânia	1.265.394		4		1	2	0,55	589	27,8	119	33,6
SP	Campinas	1.056.644		1	5	1	1	0,99	446	24,2	113	36,8
MA	São Luís	986.826	1	1				0,15	982	56,4	84	29,0
RJ	São Gonçalo	982.832		1		1		0,20	999	59,0	150	53,2
AL	Maceió	924.143		3		1		0,43	364	22,7	72	26,9
RJ	Duque de Caxias	864.392		1		1		0,23	431	29,0	61	24,6
RJ	Nova Iguaçu	855.500		1				0,12	291	19,8	50	20,4
SP	São Bernardo do Campo	801.580						0,00	330	23,6	16	6,9
RN	Natal	798.065		2		1	2	0,63	610	44,4	99	43,2
PI	Teresina	793.915		2		1	1	0,50	1.347	96,3	216	92,6
MS	Campo Grande	747.189		2		1	1	0,54	1.215	91,2	56	25,2
SP	Osasco	713.066		1				0,14	-	-	-	-
PB	João Pessoa	693.082		2			1	0,43	849	72,6	174	89,3
PE	Jaboatão dos Guararapes	678.346		1				0,15	766	67,6	69	36,5
SP	Santo André	671.696			2	1	1	0,74	214	18,3	25	12,8
MG	Uberlândia	622.441		1		1	1	0,48	248	23,7	40	22,9
MG	Contagem	617.749		1		1		0,32	372	35,5	79	45,2
SP	São José dos Campos	609.229	1			1	1	0,41	91	8,6	-	-
BA	Feira de Santana	584.497		2	1	1	1	0,94	771	82,7	76	48,9
SP	Sorocaba	576.312		1		2		0,52	55	5,5	10	6,0
SP	Ribeirão Preto	558.136		1			1	0,36	355	36,5	24	14,8
MT	Cuiabá	544.737	1			1	2	0,64	351	37,0	31	19,6
SE	Aracaju	536.785	1		2	1	1	1,02	732	83,3	127	86,7
MG	Juiz de Fora	520.612		1		1	1	0,58	481	54,3	80	54,2
PR	Londrina	505.184			1	1	1	0,69	371	43,0	80	55,7

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental (população, rede CAPS e CAPS/100.000 habitantes - outubro de 2008) e Departamento de Atenção Básica (ACS e Equipes SF - fevereiro de 2008)

Na tabela ao lado, podemos avaliar a potencialidade da articulação entre os Centros de Atenção Psicossocial e as Equipes de PSF nas grandes cidades e megalópoles. Onde há rede CAPS e boa cobertura de PSF, há melhores condições de desenvolver as ações de saúde mental na atenção básica. Deve-se considerar também a atual política dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Portaria 154/08.

Tabela 01: Rede CAPS, Cobertura PSF e ACS nas grandes cidades.
Fonte: Saúde Mental em Dados 05, Brasília, outubro de 2008.

A expansão da rede de atenção extra-hospitar nas cidades com população superior a 500.000 habitantes já é uma realidade, contudo ainda persiste uma grande resistência à implantação dos CAPS III. Somente Belo Horizonte e Campinas oferecem uma cobertura boa. Os demais municípios, como São Paulo e Porto Alegre entre outros, precisam ampliar a sua cobertura para que os hospitais psiquiátricos sejam extintos. Pode-se observar a existência de municípios que ainda não optaram pela criação do CAPS III, mantendo a centralidade dos atendimentos “agudos” nos hospitais psiquiátricos, como Rio de Janeiro,

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Salvador, Curitiba, Juiz de Fora, etc. Esses dados demonstram que o processo de descentralização político-administrativa no setor saúde, em nosso país, é bastante heterogêneo e necessita de pressão por parte dos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares para que seja assegurada a destinação de recursos aos serviços substitutivos.

A rede de atenção psicossocial — CAPS – rede atual

Tabela 1 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF (outubro de 2008)

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Paraíba	3.742.606	26	9	2	6	5	48	0,96
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
Rio Grande do Sul	10.855.214	53	32	1	11	15	112	0,79
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	1	41	0,78
Ceará	8.450.527	33	28	2	4	13	80	0,76
Santa Catarina	6.052.587	35	13	0	6	7	61	0,72
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	24	2	7	17	82	0,63
Bahia	14.502.575	85	24	2	4	11	126	0,58
Maranhão	6.305.539	34	12	1	2	3	52	0,56
Piauí	3.119.697	17	5	0	1	3	26	0,56
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	64	40	8	7	7	126	0,49
Rio de Janeiro	15.872.362	29	36	0	12	15	92	0,49
São Paulo	41.011.635	48	64	17	22	45	196	0,44
Pernambuco	8.734.194	12	16	1	3	10	42	0,42
Goiás	5.844.996	8	12	0	2	3	25	0,36
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	0	3	15	0,36
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pará	7.321.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
Brasil	**189.612.814**	**602**	**371**	**40**	**95**	**182**	**1290**	**0,53**

Importante: O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estimativa populacional 2008

Em outubro de 2008, 14 estados brasileiros apresentam uma cobertura de CAPS considerada boa ou muito boa e apenas 1 estado, o Amazonas, apresenta cobertura insuficiente ou crítica. O país tem, neste momento, 53% de cobertura CAPS – algo a ser comemorado, já que em 2002, apenas 21% da população estava coberta pelos CAPS. A acessibilidade melhorou, mas para garantir o acesso é necessária ainda grande expansão dos CAPS III, CAPSad e CAPSi, além de maior qualificação dos serviços e intensificação das ações de saúde mental na atenção básica. O parâmetro CAPS/100.000 habitantes foi incluído em 2007 como o indicador principal da saúde mental no Pacto pela Vida.

Parâmetros:
Cobertura muito boa (acima de 0,70)
Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Tabela 02: Cobertura de CAPS por UF
Fonte: Saúde Mental em dados 05, Brasília, outubro de 2008.

Esses dados confirmam os avanços no processo de reforma psiquiátrica no Brasil, entretanto apontam para insuficiência quantitativa dos CAPS III, que é a alternativa para a internação nos hospitais psiquiátricos em todo território nacional. Também relevam a necessidade da expansão da cobertura dos CAPS'ad, principalmente nas grandes capitais onde o número de pessoas que fazem uso abusivo de drogas e álcool está crescendo. Para esse segmento populacional torna-se necessária a articulação com as demais políticas sociais, a fim de assegurar a sua subsistência integral fora do "mundo das drogas e do tráfico". Esse problema não é especifico da realidade brasileira e deve ser enfrentado internacionalmente principalmente com medidas de combate ao narcotráfico internacional.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Atenção Psiquiátrica Hospitalar — Rede hospitalar

Tabela 10 - Concentração de Leitos Psiquiátricos e Leitos/1000 hab. por UF (outubro de 2008)

Ranking Leitos /1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	% leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15.872.362	38	6.711	18,24	0,42
2º	PE	8.734.194	15	2.727	7,41	0,31
3º	SP	41.011.635	56	12.147	33,01	0,30
4º	AL	3.127.557	5	880	2,39	0,28
5º	RN	3.106.430	5	747	2,03	0,24
6º	PR	10.590.169	15	2.400	6,52	0,23
7º	GO	5.844.996	11	1.166	3,17	0,20
8º	PB	3.742.606	5	699	1,90	0,19
9º	ES	3.453.648	3	565	1,54	0,16
10º	SE	1.999.374	2	320	0,87	0,16
11º	MG	19.850.072	21	2.889	7,85	0,15
12º	TO	1.280.509	1	160	0,43	0,12
13º	SC	6.052.587	4	738	2,01	0,12
14º	PI	3.119.697	2	360	0,98	0,12
15º	CE	8.450.527	7	953	2,59	0,11
16º	MA	6.305.539	3	662	1,80	0,10
17º	MS	2.336.058	2	200	0,54	0,09
18º	RS	10.855.214	6	890	2,42	0,08
19º	AC	680.073	1	53	0,14	0,08
20º	BA	14.502.575	7	1.051	2,86	0,07
21º	MT	2.957.732	2	172	0,47	0,06
22º	DF	2.557.158	1	125	0,34	0,05
23º	AM	3.341.096	1	126	0,34	0,04
24º	PA	7.321.493	1	56	0,15	0,01
Total		**187.093.301**	**214**	**36.797**	**100**	**0,20**
Total Brasil		**189.612.814**				**0,19**

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativa populacional 2008

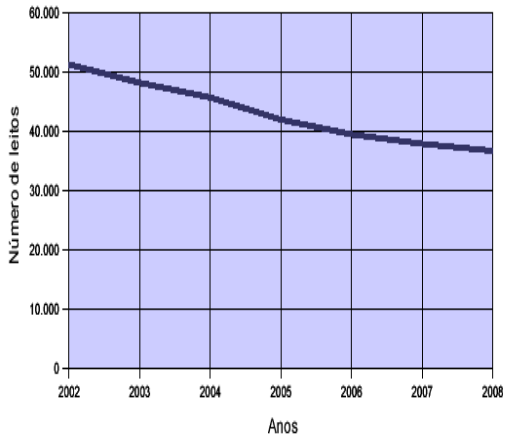
A tabela ao lado mostra a concentração de leitos psiquiátricos nos estados. Temos hoje 214 hospitais psiquiátricos, com 36.797 leitos. É importante lembrar que, para avaliar a concentração de leitos, é preciso considerar, além do número absoluto de leitos nos estados, o indicador leitos/1000 habitantes - que leva em conta a população dos estados, tornando-os, portanto, comparáveis.

Tabela 03: Concentração de leitos psiquiátricos e leitos/ 1000 habitantes por UF
Fonte: Saúde Mental em dados 05, Brasília, outubro de 2008.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

Gráfico 3 - Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 - outubro de 2008)

Ano	Leitos HP
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567
2007	37.988
2008*	36.797



Este gráfico ilustra o processo de redução de leitos psiquiátricos no país ao longo dos últimos anos. O Ministério da Saúde recomenda que o fechamento de leitos nos estados seja feito de forma planejada e gradual, de forma a garantir a assistência na rede extra-hospitalar. Observa-se que, na maioria das vezes, a redução de leitos é acompanhada pela pela expansão da rede de serviços de saúde mental.

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES.

- outubro de 2008

Tabela 04: Leitos psiquiátricos do SUS por ano (2002 – outubro de 2008)
Fonte: Saúde Mental em dados 05, Brasília, outubro de 2008.

Com base nos dados acima, constata-se uma diminuição no número de hospitais psiquiátricos se compararmos com o ano de 2007. Nesse ano, havia 224 hospitais, hoje são 214. Cabe ressaltar que esses números não correspondem a um processo de desospitalização. Retratam uma mudança paulatina nos investimentos na área de saúde mental, uma vez que houve aumento do número de serviços substitutivos como vimos anteriormente.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA

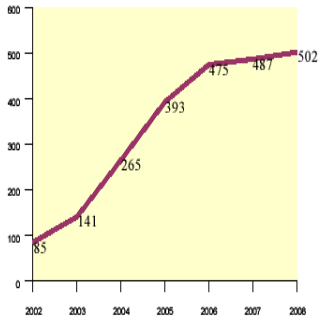
A rede de atenção psicossocial — SRT – Expansão anual

Tabela 8 – Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento (outubro de 2008)

UF	Módulos		Total de módulos	Total de moradores
	Em funcionamento	Em implantação		
AC	0	0	0	0
AL	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
BA	19	2	21	108
CE	4	2	6	21
DF	0	0	0	0
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	50
MA	3	0	3	18
MG	47	35	82	303
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	75
PA	0	0	0	0
PB	15	5	20	95
PE	14	4	18	89
PI	3	1	4	18
PR	21	3	24	117
RJ	89	16	105	486
RN	1	2	3	6
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	38	7	45	122
SC	3	0	3	23
SE	18	0	18	100
SP	200	54	254	924
TO	0	0	0	0
Total	**502**	**134**	**636**	**2594**

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES/SAS

Gráfico 1 – Série histórica: Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento no país (2002 – outubro de 2008)



Ainda são grandes os desafios para a aceleração do ritmo da expansão das Residências Terapêuticas no país. Um dos maiores obstáculos tem sido o custeio dos serviços. A realocação das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica não é automática, e depende de pactuações entre os gestores municipais e estaduais, que devem garantir que o recurso que permanece no fundo municipal ou estadual seja, de fato, utilizado, para o custeio das SRTs.

Tabela 05: Serviços de Residência Terapêutica.
Fonte: Saúde Mental em dados 05, Brasília, outubro de 2008.

Os serviços de Residência Terapêutica são relevantes no processo de reforma psiquiátrica em questão, pois se destinam àquelas pessoas que, longamente institucionalizadas, perderam seus vínculos sócio-familiares. Essas pessoas apesar, dos longos períodos de segregação, apresentam-se dispostas a enfrentar a vida aqui fora. Após serem avaliadas pela equipe técnica são encaminhadas para as RT. Nesses espaços podem exercer suas atividades cotidianas, regatar a sua autonomia e, sobretudo ter a assistência necessária para exercer a sua cidadania. Portanto, assegurar a criação de novas RT é fundamental para garantir que o processo de reforma psiquiátrica avance em todos os municípios. Desta forma, é preciso atenção aos diferentes tipos de municipalização da saúde presentes em nosso país, nos quais o gestor municipal estabelece as prioridades nos investimentos. Ao mesmo tempo, coloca-se a questão da fragilidade dos conselhos municipais de saúde que ainda não se despertaram para a importância de se garantir que os investimentos nesse campo sejam aplicados de acordo com as necessidades epidemiológicas em questão, garantindo a melhoria e eficácia dos serviços prestados.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0710341/CA