



**CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

VALDIRENE CONCEIÇÃO DOS SANTOS DE OLIVEIRA

**O NOVO TERRITÓRIO DA LOUCURA:** os desafios para a implantação do  
CAPS I na cidade de Cachoeira

CACHOEIRA-BAHIA  
2012

VALDIRENE CONCEIÇÃO DOS SANTOS DE OLIVEIRA

**O NOVO TERRITÓRIO DA LOUCURA:** os desafios para a implantação do  
CAPS I na cidade de Cachoeira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Marcela Meyre Silva

CACHOEIRA-BAHIA  
2012

**O NOVO TERRITÓRIO DA LOUCURA: os desafios para a implantação do  
CAPS I na cidade de Cachoeira**

VALDIRENE CONCEIÇÃO DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Monografia apresentada ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Marcela Meyre Silva  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Valéria Noronha  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Patrícia Dantas Vergasta Coordenadora e Docente do Curso de Serviço da UNIME

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CACHOEIRA-BAHIA  
2012

À Deus e à minha família pelo conforto e força a mim dedicados durante todos esses anos, especialmente no momento de gestar esta monografia.

[...] loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória.

Michel Foucault

## **AGRADECIMENTOS**

Nesse momento em que se encerra mais um ciclo da minha trajetória acadêmica, e se materializa o meu projeto de vida, quero agradecer humildemente a todos que me apoiaram nessa empreitada. O caminho foi longo e no percurso não faltaram dificuldades e tropeços. Só consegui alcançar a linha de chegada porque contei com a proteção de DEUS e de pessoas maravilhosas que sempre me apoiaram nos momentos de dúvida e nunca me deixaram desistir.

- Aos meus filhos João Victor e Ana Luisa e meu marido Valdeci por compreenderem minhas ausências e pelas palavras de conforto e carinho.
- Minha mãe e meus irmãos que sempre me impulsionaram para frente, minhas tias queridas e meus primos pelas palavras de incentivo.
- Meus sogros e cunhados por participarem ativamente do meu cotidiano, removendo as pedras e tornando meu caminho mais suave.
- Minhas amigas Gal, Barbara e Loilma, por depositarem imensa confiança no meu potencial.
- Minhas colegas trabalho do Hospital Cleriston Andrade, que cooperaram para realização desse sonho.
- Agradeço apaixonadamente aos meus colegas de turma por me darem a oportunidade de me reinventar continuamente. E de maneira mais especial a Dinha, Lorena, Mary Lee, Sara, Tainara, Nilzete, Rafaela, Larisse, Mariana ,Zenilda e Janice por não me deixarem no meio do caminho.
- A todos os usuários e funcionários do CAPS Ana Nery por me deixarem compartilhar de suas vidas e dos seus sonhos.
- A todo corpo docente do Curso de Serviço Social da UFRB, por me conduzirem pelas veredas do conhecimento.
- A todos os funcionários da UFRB indistintamente pelos serviços prestados ao longo da minha formação.

## RESUMO

O presente trabalho tem o propósito de refletir teoricamente sobre os desafios para implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I na cidade de Cachoeira. Durante um longo período da história da humanidade os indivíduos acometidos de transtornos psiquiátricos sofreram toda sorte de abandono, degradação e violência no interior das instituições psiquiátricas. Isso se deve em parte às diversas significações negativas construídas em torno da loucura. Essa situação se estendeu ao longo dos séculos até que alguns segmentos da sociedade viessem a manifestar discordância com o tratamento dispensado aos indivíduos considerados loucos. A adesão do Brasil aos princípios que regulamentam as ações de saúde mental ocorreu tardiamente. Em decorrência disso o processo de desinstitucionalização do indivíduo em sofrimento psíquico ainda é muito recente e enfrenta grandes dificuldades para ser implantado. A Reforma Psiquiátrica faz despontar um novo modelo de abordagem da doença mental e cria novos espaços para o tratamento desses indivíduos, em substituição as instituições psiquiátricas gerenciadas pela lógica do isolamento. O presente estudo torna-se relevante para compreensão das mudanças ocorridas no âmbito da saúde mental com a implantação do modelo psicossocial proposto pela Lei 10.216/2001. Para a sua realização, nos apoiamos nos pressupostos da abordagem qualitativa, que se preocupa em enfatizar as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (HAGUETTE, 2007). Adotamos como metodologia o estudo de caso e as técnicas de pesquisa utilizadas foram a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e a entrevista. Os primeiros resultados da pesquisa apontam que, por se tratar de um modelo assistencial ainda em processo de adequação, os CAPS enfrentam diversos desafios no direcionamento e tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico e que incidem diretamente sobre o direcionamento da política de saúde mental. Mas, ainda que diante desses desafios, podemos considerar que houve avanços na forma de compreender e lidar com os portadores de transtorno mental, de modo que podemos considerar os CAPS como uma estratégia de transposição do modelo assistencial na área da saúde mental que tem contribuído para a reinserção do “alienado” no meio social, imprimindo, ainda que timidamente, mudanças no paradigma e no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico

**Palavras-chave:** Loucura. Reforma Psiquiátrica. Saúde mental. CAPS.

## ABSTRACT

This paper aims to theoretically reflect on the challenges to deploying a Psychosocial Care Center (CAPS) I in the town of Cachoeira. Over a long period of human history individuals suffering from psychiatric disorders suffered all manner of neglect, degradation and violence within psychiatric institutions. This is due in part to the various negative meanings constructed around the madness. This situation lasted for centuries until some segments of society were to express disagreement with the treatment of individuals considered crazy. The accession of Brazil to the principles that govern the actions of mental health occurred later. As a result the process of deinstitutionalization of the mentally ill is still very recent and faces great difficulties to be deployed. The Psychiatric Reform is dawning a new approach model of mental illness and creates new spaces for the treatment of individuals suffering from mental disorders instead psychiatric institutions managed by the logic of isolation. This study is relevant to understanding the changes occurring in the context of mental health with the implementation of psychosocial model proposed by Law 10.216/2001. For its realization, we rely on the assumptions of the qualitative approach, which is concerned to emphasize the particularities of a phenomenon in terms of its origins and its rationale (HAGUETTE, 2007). We adopted the case study methodology and research techniques used were literature, documentary research and semi-structured interview. For data analysis, we used the technique of discourse analysis. The first results of the research show that, for the case of a care model still in the process of adaptation, the CAPS face several challenges in targeting and treatment of the mentally ill and that directly affect the direction of mental health policy. But even before these challenges, we can consider that there have been advances in the way of understanding and dealing with the mentally ill, so that we can consider the CAPS as a strategy for implementation of the model of care in the mental health field that has contributed to reintegration of "alienated" in the social, printing, though timidly, changes in the paradigm of optical and care to the "crazy".

**Keywords:** Madness. Psychiatric Reform. Mental Health. CAPS.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA</b> .....	13
1.1 A LOUCURA NA IDADE ANTIGA .....	13
1.2 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA .....	144
1.3 A LOUCURA NA IDADE MODERNA .....	177
<b>2 CAPÍTULO II: A LOUCURA EM TERRAS BRASILEIRAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL</b> .....	233
2.1 A LOUCURA NO BRASIL .....	233
2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL.....	300
2.3 O SISTEMA ÚNICO SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....	344
<b>3 CAPÍTULO III - A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O LUGAR NA LOUCURA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a experiência do CAPS de Cachoeira</b> .....	411
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	411
3.2 NOVOS TERRITÓRIOS DA LOUCURA: A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS .....	466
3.3 DESCREVENDO A CIDADE, O LÓCUS E AS ESTRATÉGIAS DA PESQUISA ....	499
3.4 IMPLANTAÇÃO DO CAPS I EM CACHOEIRA: ESTRATÉGIAS PARA A TRANSPOSIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL...	533
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64

## INTRODUÇÃO

A escolha do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como fonte inspiradora das reflexões teóricas que compõem este trabalho de conclusão de curso se deve em grande parte à minha experiência profissional na área da saúde mental que favoreceu a proximidade com o tema. Partindo de observações de episódios do cotidiano, percebemos que as dificuldades vivenciadas pelas pessoas em sofrimento mental podem ser resolvidas ou atenuadas se essa parcela da população tivesse o apoio de uma instituição qualificada para prestar atendimento especializado e que também estivesse compromissada em garantir os direitos e promover a integração social dessas pessoas.

No Brasil historicamente as movimentações em torno da melhoria da assistência prestada ao doente mental se devem ao Movimento de Luta Antimanicomial, que ao longo dos anos realizou ações denunciando a degradação, a violência e os maus tratos praticados no interior das instituições psiquiátricas. Com o passar do tempo, essas manifestações acabaram por repercutir positivamente na esfera estatal, dando origem à Reforma Psiquiátrica.

A partir da proposta de desinstitucionalização preconizada pela Política de Saúde Mental do SUS, com a gradual substituição da estrutura manicomial por instituições regidas pela lógica psicossocial, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ganha centralidade na estratégia de organização da rede de assistência à saúde mental, tendo o incremento de várias ações governamentais que irão consubstanciar o projeto visando atender as demandas e garantir sua sustentabilidade.

Nesse contexto, o presente estudo é de grande relevância para compreensão das mudanças ocorridas no âmbito da saúde mental com a implantação do modelo psicossocial, considerando que durante um longo período as práticas assistenciais destinadas aos indivíduos considerados loucos restringiam-se aos espaços dos manicômios gerenciados pela lógica do asilamento e exclusão social. Em razão disso, os modelos substitutivos de assistência para os indivíduos em adoecimento mental, especialmente o CAPS, por conta da sua perspectiva inovadora, enfrentam grandes desafios para romper com o ideário manicomial enraizado no imaginário da coletividade, construído ao longo dos anos a partir de determinações históricas resultantes de alterações na estrutura social, política, econômica.

As transformações capazes de consolidar o novo modelo de atenção à saúde mental ultrapassam as esferas legislativa, estrutural e de recursos humanos, dependendo em grande parte da disposição dos sujeitos envolvidos, para superar preconceitos, modificar hábitos e

incorporar novos valores, num esforço coletivo para promover a integração e a participação das pessoas com transtornos mentais em todas as esferas da vida social.

Para a realização deste estudo, nos apoiamos nos pressupostos da abordagem qualitativa, que se preocupa em enfatizar as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (HAGUETTE, 2007). Adotamos como metodologia o estudo de caso e as técnicas de pesquisa utilizadas foram à pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e a entrevista, a fim de responder aos questionamentos dispostos no Objetivo Geral: Identificar os principais desafios para implantação do CAPS I na cidade de Cachoeira-Bahia e nos Objetivos Específicos: Entrevistar os profissionais envolvidos diretamente no processo de implantação do CAPS I na cidade de Cachoeira – Analisar o processo de implantação do CAPS I na cidade de Cachoeira- Bahia – Destacar a importância do CAPS como modelo substitutivo em saúde mental.

As entrevistas foram realizadas com os três profissionais que consideramos importantes no processo de implantação do CAPS Ana Neri: a coordenadora da unidade, a educadora física e artesã e a secretária de saúde à época. Entendemos que esses profissionais nos apresentarão informações privilegiadas para a compreensão de como se deu esse processo na cidade de Cachoeira, dando-nos sinais indicativos das dificuldades que foram transpostas até que se materializasse a implantação do Centro de Atenção Psicossocial na comunidade cachoeirana.

Feito esse recorte e percurso, chegamos a este trabalho e, para situar o leitor, o estruturamos em três capítulos. No primeiro capítulo, fizemos uma contextualização histórica sobre a loucura, as representações e formas de compreensão desse fenômeno nas idades Antiga, Média e Moderna, numa tentativa de elucidar como as mudanças ocorridas na sociedade influenciaram diretamente na forma como os Estados e as sociedades lidavam com os indivíduos tido como loucos .

No segundo capítulo, enveredamos a discussão da loucura em terras brasileiras, delineando o modo como esta questão foi tratada ao longo do tempo no país. Ainda neste capítulo abordamos os antecedentes históricos da atenção à saúde no Brasil destacando a importância do Sistema Único de Saúde na definição de parâmetros para as ações no âmbito da política de saúde mental.

No terceiro capítulo tratamos especificamente da Reforma Psiquiátrica e o novo lugar da loucura no Sistema Único de Saúde, fazendo um resgate histórico sobre o impacto dessa reforma para o dimensionamento das ações na saúde mental. Para representar concretamente as vicissitudes que acompanham o estabelecimento de uma política social referenciamos a

experiência de implantação do CAPS Ana Neri na cidade de Cachoeira, narrando, a partir dos sujeitos da pesquisa, os desafios enfrentados para definição desse novo lugar da loucura na política de saúde.

Para finalizar, faremos uma análise sobre as limitações desse novo modelo de saúde mental e seus rebatimentos para o usuário da política.

# 1 CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA

## 1.1 A LOUCURA NA IDADE ANTIGA

Constitui grande desafio para os pesquisadores empenhados em suscitar hipóteses sobre o tema da loucura, circunscrever cronologicamente na história da humanidade quando ocorreram as primeiras referências a cerca das alterações psíquicas dos indivíduos, tidas como loucura. Realizando uma retrospectiva histórica, constatamos que desde a Antiguidade são mencionados episódios em que indivíduos apresentam alterações no estado psíquico e, na ausência de conhecimento científico para denominá-las, tais manifestações adquirem conotações sobrenaturais.

A construção científica que traz consigo a distinção do contínuo aperfeiçoamento e da ausência de unanimidade, impossibilita que citemos neste estudo todas as proposições inscritas como episódios demarcatórios da loucura nos agrupamentos humanos, razão pela qual elegemos como foco das nossas investigações o processo de institucionalização para descrever a trajetória da loucura através dos tempos.

Assim, como é pouco provável que consigamos determinar com exatidão o surgimento da loucura, outra tarefa igualmente árdua é estabelecer um conceito que abarque de forma pormenorizada as especificidades desse fenômeno. Em meio às inúmeras reflexões teóricas emitidas sobre o tema, elegemos as afirmações de Pessotti (1994), segundo o qual a loucura reporta ao estado particular de privação do juízo ou do domínio emocional, independentemente dos sentidos sociais ou políticos atribuídos ao louco, visto que tais significados sofrem alterações no decorrer das épocas e também são fortemente influenciados pelas características de cada cultura.

No tocante à cultura, no decorrer da nossa exposição podemos distinguir claramente a influência desse fator no processo de desqualificação da loucura. Entretanto, cabe salientar que essa construção se deu de forma progressiva e se sedimentou ao longo dos anos agravada por força de determinantes políticos, econômicos e sociais que vão se estabelecendo ao longo do percurso evolutivo da humanidade. Isso pode ser constatado a partir das impressões do filósofo Michel Foucault (1994) sobre a loucura na civilização grega.

Na Grécia Antiga, a sociedade conferia certa deferência à loucura. Filósofos como Sócrates e Platão supunham não haver incompatibilidade entre a consciência crítica e as manifestações místicas, a falta de razão adquire a representação de desígnio divino. Neste momento histórico, os indivíduos que apresentavam quadros de alterações psíquicas eram

tidos como privilegiados. Foucault (1994), na sua obra “Doença Mental e Psicologia”, confirma esse pensamento da época:

[...] Para os gregos não se esgotava aí seu sentido; na sua crença de que seu destino era comandado pelos deuses, a loucura tinha um sentido místico, de revelação, sem nenhuma conotação pejorativa. Os gregos não descartaram o sagrado, presente em todas as manifestações humanas (FOUCAULT, 1994, p.76).

A loucura nesse período não vinha a se constituir um problema social, carregada de um sentido que remete a algo anormal, fora do comum não era tida como negativa. O indivíduo que apresentava indícios de insanidade despertava na sociedade um sentimento de benevolência além de um pronunciado temor dos deuses. Sendo uma predestinação, não haveria nada a fazer a não ser criar maneiras de amenizar o sofrimento, cabendo à família assistir o seu ente querido na própria residência seguindo a orientação do sacerdote. Silva & Moreno (2004 p.162), explicitam essa espécie de cuidado baseada no empirismo: “Na Grécia Antiga a busca da cura era dirigida à religião e se encontrava estreitamente vinculada à concepção de saúde e doença da época, que era vista como uma obra dos deuses, fruto do humor divino”.

Transcorrido um longo período e inúmeras transformações ocorridas na sociedade, a conotação mística atribuída à loucura na Antiguidade pela civilização grega vai continuamente sendo substituída por uma visão imprecisa composta de elementos que deslumbram e atemorizam a sociedade. Essa dualidade se faz presente na forma como a loucura passa a ser encarada.

A partir do exposto na sua obra História da Loucura Foucault (1978), elucida a importância de alguns acontecimentos sociais para determinar o começo e o término de uma fase histórica, assim como para ditar os padrões de comportamentos que devem ser adotados pelos indivíduos em determinada época e como esse imbricado processo foi paulatinamente sedimentando a segregação da loucura.

## 1.2 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA

De acordo Foucault (1978), do começo e até o final da Idade Média a loucura fazia parte da vida cotidiana, circulando livremente por todos os espaços sociais. Não havia uma preocupação médica com o louco tampouco com seu isolamento. Os indivíduos excluídos nesse período eram os leprosos, sua enfermidade evocava a cólera e a bondade de Deus, uma vez que a doença representava para o leproso uma forma de se purificar e de se salvar.

Essa análise é compartilhada por Resende (2000), ao afirmar que durante a Antiguidade e a Idade Média, não havia por parte das autoridades constituídas quaisquer preocupações com a loucura, que ficava restrita à esfera privada. Amarante (1994) esclarece que os indivíduos sem recursos financeiros com sinais de comprometimento psíquico podiam ser encontrados perambulando pelas vias públicas, quando apresentavam comportamentos inadequados eram recolhidos as cadeias onde muitas vezes eram vítimas de maus tratos. De acordo Cotrim (1999), durante toda a vigência da Idade Média proliferaram acontecimentos flagelantes que provocam doenças e mortes em grandes proporções na população, como foi o caso da fome, da lepra, da peste bubônica e das guerras, instituindo um clima de medo e temor que favoreceu a incorporação dos preceitos cristãos como única forma de salvação. Nesse período a medicina ainda não dispunha de conhecimentos suficientes para contrapor as práticas de cura derivadas das crenças religiosas.

Essas informações preliminares são bastante esclarecedoras e cumprem o papel de desmistificar parte das credices construídas em torno da loucura, além de nos fornecer subsídios para que posteriormente possamos traçar comparativos e estabelecer diferenças entre as formas de percepção da loucura ao longo do tempo.

Avançando na nossa exposição, nos apoiamos nas declarações de Foucault (1978), para destacar que no final da Idade Média, a Igreja com o firme propósito de manter o controle sobre o comportamento dos indivíduos, passa a direcionar para a loucura uma visão bastante rígida de condenar os elementos sobrenaturais de suas manifestações por serem carregados de atos incompreensíveis que, de acordo a fé católica, só poderia ser explicada como obra demoníaca. A partir de tal constatação, o louco passará a ser estigmatizado e começa a ser instituído o seu banimento social. Ancorada nessa nova configuração da loucura, a sociedade comungará com medidas adotadas posteriormente para perpetuar sua exclusão.

A inteiração do louco no meio social passa a ser ameaçada no momento em que seu comportamento é identificado como diferente, lhe conferindo uma categorização negativa na sociedade. Essa significação se alinha com a concepção de estigma proposta por Goffman (1988), que identifica a possível origem do termo na Grécia Antiga, a partir de atitudes praticadas na época pelos gregos que possuindo uma informação mais ampliada dos recursos visuais cunharam o termo estigma para fazer referencia a marcas no corpo com os quais se colocava em destaque alguma coisa fora do comum ou características referentes a moral de que os apresentava. “[...]os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada em lugares públicos” (GOFFMAN, 1988, p. 11, grifos do original).

Ainda sobre o tema, nos apropriamos das contribuições de Becker (2008) que, alinhado com o pensamento de Goffman (1988), nos leva à compreensão de que o estigma não é resultado da atitude da pessoa, mas sim da aplicação de determinadas normas criadas pelos grupos sociais que, ao serem infringidas, impedem sua aceitação pela sociedade. Por conta disso, podemos supor que o estigma direcionada a loucura nesse momento provém do medo do desconhecido e da importância conferida à doutrina religiosa dominante, para explicar os fenômenos que escapavam à compreensão humana. Nessa perspectiva o louco, ao ser comparado com as demais pessoas, será depreciado por fugir dos padrões de normalidade estabelecidos na época.

Refletindo sobre os eventos da época, nos baseamos nas afirmativas de Resende (2005) para destacar que a crença medieval em torno do constante embate entre Deus e o demônio como a única explicação para todos os fenômenos naturais e sociais vai sendo suprimida com o passar dos séculos por conta de uma infinidade de transformações ocorridas no âmago da sociedade. De início, temos o desenvolvimento de áreas fora dos feudos.

A intensificação das atividades comerciais, assim como o surgimento de novas relações sociais rompem com a servidão que vai gradualmente sendo substituída pelo trabalho assalariado, contribuindo para que aristocracia feudal venha lentamente sendo suplantada pela burguesia. A partir desse momento, a burguesia passa a influenciar decisivamente nas decisões políticas, inclusive na formação das monarquias nacionais. No campo da religiosidade, o poder hegemônico da Igreja, com a eclosão do movimento reformista, passa a ser confrontado.

Notadamente a loucura não se constitui até o momento como fato de grande importância para os governantes e nem para a sociedade, contudo ela encontra-se imersa no tecido social e por conta disso, todas as determinações que regem a vida na esfera coletiva passam a atuar sobre ela, razão pela qual é pertinente relatar as mudanças operadas no regime político da época. Deste modo, assinalamos para a formação dos Estados Nacionais, que ensejavam equilibrar a fragmentação política e econômica resultante do declínio do feudalismo.

Esse regime político lança as bases do Estado Moderno e tem como principal característica o fortalecimento da monarquia, com centralização do poder nas mãos do monarca. Nessa fase inaugural em que o Estado assume configuração absolutista, nos baseamos nas contribuições de Barros (2003) para inferir que esse regime baseado na soberania começa a tomar forma quando a comunidade destitui o poder patriarcal e passa a ser



dirigida por um poder instituído que, através da coerção, mantém uma autoridade suprema e irrestrita. A loucura também sofrerá os efeitos advindos desse processo visto que as decisões tomadas pelo soberano irão afetar a vida de todos que se encontram sob os seus domínios.

### 1.3 A LOUCURA NA IDADE MODERNA

As mudanças ocorridas na sociedade com o advento da modernidade não ficaram restritas à esfera política e no campo das ciências, das artes e da filosofia ganham destaque novos valores e novas ideias. A supervalorização da crença religiosa cede lugar às investigações científicas que permitem obter respostas racionais, em virtude de uma evidente valorização da obra humana que ocasionou o desenvolvimento do racionalismo e do humanismo. Apropriamos-nos das observações históricas de Rezende (2005) para assinalar que tais modificações delinearam um novo momento histórico denominado Renascimento (séc. XV e XVI). O emprego do termo aponta para uma pretensão de reaver os padrões da Antiguidade Clássica em detrimento dos paradigmas medievais, definidos pelos humanistas como a Era das Trevas, partindo do julgamento de alguns artistas e intelectuais da época esse período trouxe poucas contribuições para o cenário das artes e das ciências, estando assinalada historicamente como uma era marcada pela ignorância e pelo preconceito.

Conforme Foucault (1978) é durante a Renascença que os loucos começam a ser banidos do convívio social. Partindo de uma representação literária denominada “Nau dos Loucos”, surge a inspiração para que nas cidades da Alemanha os indivíduos com sinais de adoecimento mental passem a ser recolhidos e embarcados em navegações sem rumo determinado, como forma de livrar a sociedade dos indesejáveis. Ainda de acordo com o mesmo autor, passa a se tornar comum em diversas cidades da Europa a construção de asilos para abrigar os indivíduos considerados loucos.

Essa determinação não tencionava tratar os doentes, mas, prevenir a vadiagem e garantir a segurança dos cidadãos. Esses asilos ocuparam o lugar ou eram instalados nas estruturas físicas dos antigos leprosários da Idade Média, que perderam sua utilidade quando a lepra foi debelada. Ao ocupar o espaço que outrora era destinado à lepra, recaí sobre a loucura mais uma série de significações negativas que acabam por encerrá-la em mais um ciclo de isolamento e exclusão social. Foucault (1978, p. 6- 7) ilustra a ocupação desses espaços pelos indivíduos, considerados incômodos para a sociedade:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros dois ou três séculos mais tarde.

Pobres vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...].

A resolução de internar os loucos para prevenir possíveis desordens no cotidiano das cidades dá início à trajetória de institucionalização da loucura. A partir desse evento, transcorre um século sem que haja mudanças significativas na qualificação de possessão diabólica dada à loucura. Somente ao adentrarmos o século XVII, com a prevalência do pensamento do teórico René Descartes quando referencia o predomínio da razão como atributo essencial para construção do conhecimento que se visualiza uma inclinação para o tema. A premissa “Penso, logo existo” concede à dúvida um papel preponderante na relação dialética entre razão e não razão. A partir desse momento e no período subsequente acentua-se o processo de exclusão: a sociedade, gerenciada pela lógica da racionalidade, não comporta a presença dos alienados<sup>1</sup>. Por determinação do rei, são construídos na França Hospitais Gerais em várias cidades, nos quais eram abrigados, além dos loucos, os mendigos e criminosos. Ganham destaque nesse período os hospitais de Salpêtrière e Bicêtrière.

Foucault (1978, p. 45) “ilustra a ocupação desses espaços pelos ditos “insanos” e rejeitados pela sociedade:” [...] a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém, ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”. Para esse autor, o hospital carregava as funções de recolher, alojar e alimentar os necessitados ou os que eram encaminhados pela autoridade a fim de preservar a ordem do espaço urbano. A utilização do Hospital Geral pelas classes dominantes como aparato para normatizar a sociedade transforma-o, conforme descreve Castel (1978, p.65) em “uma instituição totalitária, onde reinam as leis do universo concentracionário, mas sem tecnologia hospitalar específica”.

Por conta dos exíguos recursos científicos dessa época, não é possível estabelecer um tratamento curativo para a loucura, o que contribui para a manutenção das práticas de asilamento como única alternativa terapêutica e na ausência de um corpo científico para estabelecer critérios e normas no trato com o alienado, o que temos nessas instituições é a reprodução das medidas de contenção e controle excessivamente violentas e cruéis que já vinham sendo praticadas desde as primeiras experiências de institucionalização

A loucura, mesmo reclusa nos Hospitais Gerais a partir do século XVI, de fato nunca esteve ausente do complexo emaranhado de mudanças que se operou na sociedade. Seu espectro se faz presente inesperadamente quando o sistema mercantilista é atingido por uma

---

<sup>1</sup> Durante muito tempo as pessoas portadoras de transtornos psíquicos eram chamadas de alienadas por conta da sua suposta falta de razão.

crise que ocasionou a diminuição dos salários, a escassez da moeda e desemprego. Neste cenário social adverso, os governantes são compelidos a adotar medidas que preservem o novo modelo de governo e a nova doutrina econômica. Para tanto passam a determinar o internamento extensivo, indiscriminado e compulsório de todos os indivíduos que apresentam padrões de comportamentos desviantes, por representarem um risco para a organização social que, nesta fase, era edificada pela lógica da produção. No condicionamento da ordem vigente até a religião pactua com a segregação daqueles que não conseguem garantir seu próprio sustento, tendo respaldo perante os católicos e protestantes as medidas de segregação e coerção dos miseráveis.

“A Grande Internação”, como denominou Foucault (1978), foi a estratégia utilizada pelos dirigentes para fazer trabalhar todos aqueles inscritos na ociosidade e na mendicância. A introdução das atividades manufatureiras nos espaços institucionais tinha nos internos uma oferta de mão de obra barata e diminuía o peso financeiro da manutenção destas instituições. A visão burguesa, pautada na valorização do trabalho, se inscreve definitivamente no contexto social e, desse modo, a experiência do internamento carrega representações que emergem do novo sistema produtivo e determina o lugar social de cada indivíduo, conforme nos expõe Foucault (1978, p. 78):

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assume, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido.

Partindo da constatação que a oferta de mão de obra barata constituía um dos fatores para obtenção de lucros em determinado momento, a burguesia industrial entreve nos mendigos e ociosos reclusos nos Hospitais Gerais mais uma possibilidade de aumentar seus rendimentos. Por conta disso, as internações arbitrárias e indiscriminadas são suspensas aos que outrora perturbavam a ordem tem um novo papel na nova estrutura. Resende (2001), analisa que, com a chegada da Revolução Industrial e a resultante instauração de uma ordem social, os antigos “incapazes” que estavam nas instituições hospitalares, em especial na França, tornam-se socialmente necessários e passam a formar reserva de mão de obra da grande indústria que emergia.

O paradigma capitalista sedimentado no incessante movimento da produção, do comércio e do consumo torna-se tão amplo que as noções de saúde e doença são alteradas. A partir daí Alves (et. al., 2009) expõe que nesta época os conceitos de saúde e doença se posicionavam numa perspectiva social submetida às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, visando o bom andamento da ordem pública.

Com base nessas declarações, podemos supor que os ajustamentos operados na dinâmica social por conta da Revolução Industrial se inserem no cotidiano dos indivíduos, no espaço urbano e no dinamismo das relações que se estabelecem a partir desse momento. Todavia, no que se refere à loucura, as regras se mantêm inalteradas, haja vista que a impossibilidade de vender sua força de trabalho e se adequar ao ritmo frenético de produção imposto pelas máquinas, corrobora para sua permanência nos espaços de internamento.

Partindo das contribuições históricas de Coltrim (1999), podemos considerar a Revolução Francesa como um evento carregado de simbolismo que representou a derrubada do Estado Absolutista e do poder do clero, com a ascensão da burguesia. As bases constitutivas dessa nova forma de organização social foram os princípios de liberdade, igualdade e fraternidade.

Ao vislumbrar esse novo projeto de sociedade impregnado de ideais humanísticos, é compreensível se interrogar a respeito do tratamento dispensado à loucura a partir desse período. O questionamento é elucidado a partir das considerações de Castel (1978, p.78) quando afirma que por meio de m projeto de medicalização da loucura “inventou-se um novo estatuto de tutela para funcionamento de uma sociedade contratual”. Foi a partir desse novo sentido facultado à loucura que a experiência inaugurada por Phillipe Pinel ganha visibilidade. Esse médico francês é apontado como primeiro idealizador de um método terapêutico para a loucura na modernidade. Sua metodologia foi denominada de Tratamento Moral<sup>2</sup> e dava grande importância à observação e classificação dos sintomas manifestados pelos doentes.

O ambiente terapêutico proposto por Pinel mantinha o isolamento da família e do convívio social, privilegiando a disciplina e a observância de normas e regulamentos como forma de reordenar mentalmente o alienado e permitir a investigação das possíveis causas da alienação mental. A respeito dessa instituição, Machado (1978) nos mostra que uma das peculiaridades do asilo para doentes mentais é o domínio do tempo, dos corpos e das mentes dos internos e que diversas atividades são escolhidas para cumprir esse papel. Essa fórmula de

---

<sup>2</sup> A esse respeito, consultar Amarante (1996).

ajustamento da loucura pela medicina tinha na figura de Pinel sua principal expressão, conforme nos esclarece:

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamento de policia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. (...) Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a sua inscrição em espaço de liberdade, mas pelo contrário funda a ciência que os classifica e acorrentam como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (AMARANTE, 1995, p.26).

A loucura adquire novos contornos, mas não obstante, o seu tratamento ainda carrega antigos paradigmas, como é o caso da restrição espacial que perdura mesmo com as inovações trazidas pela recente Reforma. Ao analisarmos criticamente o internamento nos asilos psiquiátricos e outras instituições, percebemos que de alguma forma se perpetua a clausura dos indivíduos tidos como incapazes devido a alguma patologia psiquiátrica, ou que não tenham aptidão para o trabalho devido à condição física, a idade ou comportamento partir da descrição dos grupos sociais que ocupam os espaços de confinamento de várias modalidades: asilos para loucos, asilos para velhos, prisões para criminosos. Foucault aponta a influência do determinante econômico para distinguir como se opera

A exclusão a que são condenados esta na razão direta desta incapacidade e indica aparecimento no mundo moderno de corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social. (FOUCAULT, 1994, p.79).

Fica evidente que a condição de pobreza somada ao adoecimento mental vem se constituir como características que predominam nos indivíduos internos nas instituições asilares. Sendo um claro indicativo do temor que essas duas classes sociais suscitam na sociedade que traz no seu cerne a idealização do trabalho, (SERRANO, 1986, p.23), ilustra o que vem a ser esse ponto em comum entre essas categorias “Se o pobre é uma ameaça externa a sociedade (...) o louco é uma ameaça interna.”.

A referência ao espaço asilar nos remete aos estudos realizados por Goffman (2001) sobre o controle da loucura e o seu isolamento. O teórico refere-se a esses ambientes nomeando-os de “Instituição Total” que, na sua compreensão, é “um local de residência e trabalho onde um grande grupo de indivíduos com situações semelhantes separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2001, p. 11). Tomando como base as afirmações do autor, identificamos que, no domínio da psiquiatria, as instituições totalitárias representadas

pelos manicômios cumprem a função de manter os indivíduos com sinais de alienação afastados do convívio social.

Junto a isso temos o que Goffman (2001) nomeia como “mortificação do eu”, que se caracteriza por um processo de severa violação do eu e do princípio fundamental de autonomia do sujeito. Os limites que sedimentam o processo de institucionalização dos alienados ultrapassam as questões psíquicas e se materializam na forma de barreiras físicas como grades, muros e portas. Somando-se a isto, temos uma série de regras e códigos de conduta bastante severos.

O princípio da racionalidade que ampara a ciência foi um dos pressupostos que contribuiu para que a lógica manicomial se prolongasse por um período tão longo. Somados a isso, teremos os determinantes econômicos, morais e políticos que, aglutinados em torno da doença mental, forjaram o lugar social dos indivíduos adoecidos psiquicamente. Nesse processo, a sociedade compactou com as arbitrariedades praticadas contra essas pessoas numa clara demonstração de incapacidade de lidar com o diferente.

As primeiras tentativas consistentes de ruptura com o modelo clássico de tratamento da doença mental começam a ser difundidas com o fim da II Guerra Mundial, quando uma parcela considerável da população mundial se revelava atônita com as atrocidades praticadas nos campos de guerra. Aproveitando-se desse estado de consternação da população mundial, Basaglia (2005) traçou comparativos com o tratamento dispensado aos doentes mentais nas instituições onde eram internados naquela época, denominadas terapêuticas. Como resultado desta postura crítica do mencionado cientista italiano, em 13 de maio de 1978, o Parlamento Italiano aprovou a Lei 180, que fomentou a reorganização do modelo assistencial destinado às pessoas em sofrimento mental na Itália. A Lei Basaglia, como ficou conhecida, determinou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por modelos de assistência, na qual os direitos da pessoa humana fossem respeitados.

Essas iniciativas foram importantes para a definição de novas formas de lidar com a loucura. A seguir, veremos como se deu esse processo em terras brasileiras.

## **2 CAPÍTULO II: A LOUCURA EM TERRAS BRASILEIRAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL**

### **2.1 A LOUCURA NO BRASIL**

Com o propósito de fornecer elementos que permitam compreender a realidade brasileira no intervalo temporal que antecede os eventos que determinarão a forma como a loucura será percebida nesta sociedade, nos embasamos nas afirmações de Coltrim (1999) para indicar que a organização societária no Brasil colônia era constituída de uma pequena parcela de senhores proprietários de terra e de uma imensa parcela de indivíduos que viviam como escravos e responsáveis por todo o trabalho braçal que sustentava a economia local, havendo ainda uma minoria sem uma ocupação definida ou sem qualquer ocupação.

O escasso investimento da metrópole portuguesa na colônia, aliado à proibição da abertura de fábricas e indústrias em nosso território, fez com que a economia ficasse em situação de desvantagem perante os países em franco processo de industrialização. Na área educacional, a maioria da população vem a se constituir de analfabetos, já que a educação formal era escassa e destinava-se aos integrantes da elite local, sendo comum às famílias abastadas enviarem os filhos para estudar em escolas da Europa. Essa deficiência se estendia nas diversas áreas sociais, fazendo com que a maioria da população se encontrasse em situação de extrema pobreza. O somatório desses fatores talvez seja a justificativa para o empenho tardio no tratamento da loucura.

Enquanto na Europa do final do século XVIII a Psiquiatria já promulgava a possibilidade de se curar a loucura, no Brasil deste mesmo período era comum encontrar os indivíduos considerados loucos circulando livremente pelas ruas das cidades, quando não se encontravam confinados nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Ademais, o espaço que era destinado aos loucos tinha instalações precárias e em péssimas condições de higiene que, somadas à escassez de alimentação e constantes maus tratos que lhe eram aplicados, deixavam transparecer um cenário de degradação e sofrimento, sem qualquer indício de tratamento ou preocupação do poder público com a questão.

O processo de modernização do país só foi desencadeado a partir da chegada da Família Real no Rio de Janeiro em 1808, e esse evento histórico passa a ter grande relevância para o desenvolvimento econômico, social e cultural do país. O principal objetivo das modificações era transformar a cidade colonial num espaço mais organizado de acordo ao

modelo europeu e com a infraestrutura suficiente para satisfazer as necessidades dos representantes da monarquia portuguesa e sua comitiva recém-instaladas.

Com o decorrer do tempo a deficiência no sistema de saneamento, juntamente com o crescimento desordenado da cidade e o aumento vertiginoso da população, acabaram por favorecer a proliferação de doenças, o que vem a se constituir um grave problema para a administração portuguesa. Em razão disso, em 1830, um grupo de médicos intitulados de higienistas, contando com apoio da opinião pública, deflagraram uma campanha solicitando a adoção de medidas de prevenção e higiene pública. A construção de um hospício para assistir aos indivíduos acometidos de doença mental é requisitada como uma das mais importantes providências a serem adotadas pelos dirigentes portugueses.

Trazendo uma denominação que indica um claro sinal de deferência ao Imperador, por fim o idealizado projeto dos médicos higienistas se materializa em dezembro de 1852, o Hospício Pedro II, situado na Praia Vermelha no estado do Rio de Janeiro. Com instalações suntuosas e de grande beleza arquitetônica, foi projetado de forma a oferecer aos internos o isolamento de que necessitavam para se restabelecer conforme era proposto no Tratamento Moral consagrado por Pinel. A sua construção numa área distante do perímetro urbano deixa nítida a intenção de repetir na realidade brasileira o mesmo paradigma de afastamento dos doentes mentais aplicado na Europa a partir do século XVI. Nesse momento, tem início a trajetória de asilamento do louco na sociedade brasileira, assinalando a disposição da sociedade de tentar se proteger contra a figura do louco, passando a excluí-lo do convívio social. Resende (2001) assinala que essa será a principal forma de lidar com o louco daí por diante:

(...) tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios até os dias de hoje e, ainda, (...) o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado (RESENDE, 2001, p. 36).

No âmbito acadêmico é cada vez maior o interesse pelo campo da assistência à loucura, o que pode ser comprovado com a promulgação do decreto nº 7.247 de abril de 1879, que cria a Cátedra de Clínica Psiquiátrica nos cursos ordinários das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, vindo a ser criada posteriormente a Cátedra de Moléstias Mentais. O hospício, como estrutura médico-científico para o tratamento da loucura, passa a desfrutar de grande credibilidade perante os dirigentes e intelectuais da época, o que se reflete pouco tempo depois na ampliação gradual dessa forma de assistência, sendo construídas



instituições unicamente para tratamento dos alienados nas províncias do Rio de Janeiro, São Paulo, Pará, Pernambuco, Ceara e Rio Grande do Sul.

Contudo, a despeito dos esforços empreendidos pela classe médica na criação da instituição de caráter exclusivo para tratamento dos doentes mentais, a administração da referida entidade se manteve subordinada à Santa Casa de Misericórdia durante um longo período, fazendo com que o discurso religioso predominasse sobre o discurso médico. Por conta, disso eram comuns as críticas direcionadas aos serviços prestados aos loucos nesse período, visto que não dispunham de tratamento médico adequado e ainda eram vítimas de violência e tratamento desumano. Outro agravante decorria da entrada indiscriminada de pacientes enviados por autoridades públicas sem determinação médica, acarretando um aumento vertiginoso da clientela e condições precárias de abrigo. Neste cenário passa a ser de vital importância para a medicina participar ativamente no plano de assistência da saúde mental, além transformar o hospício em ambiente terapêutico propício para a observação e elaboração do saber psiquiátrico.

A Abolição da Escravatura (1888) e a Proclamação da República (1889) ocorridas durante esse período trazem diversos desdobramentos que incidem no âmbito da loucura, influenciando na forma como é apreendida pela sociedade da época e, conseqüentemente, no tratamento que lhe é dispensado. Como reflexo das alterações no contexto político, em 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando a ser subordinado à administração pública com a denominação de Hospício Nacional de Alienados. Com ascensão da categoria médica, a direção da instituição e as decisões referentes à terapêutica dos internos ficam a cargo dos alienistas que definem as bases científicas para o tratamento, distinguindo-o das ações caritativas praticadas pelas religiosas, pesando inclusive contra elas denúncias de acobertamento de atos violentos e maus tratos praticados por funcionários da instituição contra os internos.

O primeiro a assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados foi Teixeira Brandão, professor catedrático de clínica psiquiátrica. Sob o seu comando, a instituição passa por sucessivas mudanças visando à adequação do serviço ao discurso médico científico. Para tanto, amplia o número de médicos a prestarem atendimento, incluindo também um oftalmologista e um diretor sanitário. Outro problema enfrentado pelo diretor se refere à crise de mão de obra ocasionada pelo afastamento das irmãs de caridade da instituição. Esse impasse foi solucionado com a contratação imediata de enfermeiras francesas para prestar assistência aos alienados.

As investidas para melhoria dos cuidados prestados na instituição não se restringem à contratação e qualificação do pessoal. A estrutura física também é transformada com a construção de uma ala denominada Pavilhão de Observação, onde os indivíduos com sinais de adoecimento mental passavam por uma avaliação preliminar antes do internamento. Essa ação tinha por objetivo controlar o fluxo de admissões que se mantinham elevadas em comparação com a quantidade de altas concedidas, denotando um cenário de cronificação dos internos, estando em desacordo com a proposta terapêutica que almejava a cura e a reabilitação. Mesmo com o evidente esforço do seu dirigente, as condições físicas no interior do hospício ainda estavam em desacordo com o padrão humanitário proposto pelo discurso médico científico, reflexo do descaso e da falta de investimento por parte do poder público.

Em resposta aos sinais de esgotamento da estrutura asilar, temos a criação em 1890, das Colônias Agrícolas de Conde de Mesquita e São Bento no Rio de Janeiro. Esse modelo terapêutico privilegiava as atividades agropecuárias como importante recurso para reconduzir o alienado ao seu estado de normalidade, agregando a essa iniciativa a possibilidade de desonerar a máquina estatal em parte dos custos referentes aos gêneros alimentícios destinados à instituição. Nesse processo, os trabalhos braçais recaíam sobre os internos na condição de indigência e pobreza concorrendo para sua disciplina. Em função da grande extensão territorial e da tradição agrícola do país ocorre uma proliferação de macrocolônias agrícolas em diversos estados.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que a política de assistência à loucura no Brasil que inicialmente era feita de forma empírica pela caridade religiosa foi alterada por força de eventos políticos, sociais e econômicos que legitimam o saber médico e o hospício como dispositivos terapêuticos para tratar o fenômeno da loucura. Contudo isso não representa uma total compreensão da patologia, nem assegura sua cura. Em linhas gerais, o internamento visa o enquadramento dos indivíduos à nova ordem social.

Análoga à crise enfrentada na assistência psiquiátrica, a cidade do Rio de Janeiro, capital da República, nas primeiras décadas após a instauração do novo regime confrontava-se com uma série de problemas urbanos e sociais que evidenciavam a precariedade e deficiência dos serviços públicos. Tendo o firme propósito de estabelecer as bases do projeto de modernização do perímetro urbano, o governo republicano promove a remoção arbitrária da população pobre instalada em cortiços e casebres nas áreas centrais da cidade. Esse espaço privilegiado será ocupado por avenidas, praças e toda infraestrutura de rede de esgoto, iluminação e limpeza pública, restando como únicas alternativas de moradia para os desalojados as regiões periféricas da cidade e os morros adjacentes. Essas incursões

identificam que a precariedade das habitações, a falta de higiene e o ambiente insalubre fazem com ocorram altas taxas de mortalidade causadas pelas epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. Para lidar com essa demanda o recurso utilizado foi a vacinação obrigatória, comandada pelo médico sanitário Oswaldo Cruz.

O desconhecimento da população a respeito dessa medida preventiva e a forma autoritária como foi executada, com a presença de policiais e agentes públicos, repercutiu negativamente provocando uma intensa reação popular num episódio histórico intitulado Revolta da Vacina, que explodiu nas ruas da cidade do Rio Janeiro entre os dias 12 e 15 de novembro de 1904, e serviu como pano de fundo para que a população protestasse contra a exclusão social assentada no continuísmo das relações de exploração da população pobre pelas classes dominantes.

O declarado descontentamento dos diversos grupos sociais e a instabilidade política expõe uma nova face de uma nação recém-constituída que, após passar por um longo período de dominação e exploração, almeja a todo custo se inscrever no círculo dos países modernos e civilizados. Para tanto, os governantes se empenham em reproduzir no cenário nacional as estruturas estatais de regulação do espaço urbano condizentes com a nova ordem estabelecida. As transformações societárias desse período são bastante distintas e vão desde a imigração em larga escala para trabalhar na lavoura cafeeira, até a expansão do setor industrial, alavancado pela classe operária que, devido ao seu grande contingente, passa a se constituir importante força social nos movimentos reivindicatórios da época.

A despeito de todas as expectativas iniciais, constatamos que a ofensiva psiquiátrica (o plano) que ensejava reabilitar e curar os alienados através do isolamento e do método do Tratamento Moral não alcançou os resultados esperados tanto pela sociedade quanto pela categoria médica. Pesquisando a trajetória da psiquiatria brasileira desde sua origem até esse momento podemos supor que as péssimas condições físicas das instituições, coadunadas à falta de reformulação e escassez de recursos terapêuticos na área, são alguns dos fatores que concorrem para o insucesso da empreitada.

Sem lograr êxito no plano de medicina curativa empregada nos hospícios e nas colônias agrícolas, a psiquiatria brasileira passa a buscar respostas para indagações sobre o fenômeno da loucura que conjugassem progresso teórico com práticas humanizadas, haja vista que as transformações societárias impelem para incorporação de novas posturas. O marco representativo do projeto de reformulação da assistência psiquiátrica é a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro em 1923, sob a direção do psiquiatra Augusto Riedel e tendo como demais integrantes renomados psiquiatras brasileiros, cientistas

e intelectuais. A entidade foi classificada como de utilidade pública pelo Decreto nº 4778, em 27 de dezembro desse mesmo ano, o que lhe permitiu o recebimento de subvenção federal e contribuições filantrópicas. O foco de suas atividades se concentrava na melhoria do atendimento prestado aos doentes mentais. Para isso atribui grande importância à qualificação dos psiquiatras e a melhoria das instalações físicas dos hospícios.

No seu escopo original, a higiene mental se configurou como um movimento que reivindicava para os doentes mentais as condições de tratamento mais adequadas em ambientes terapêuticos distintos das instituições com estruturas físicas deterioradas, com grande contingente de internos e escassez de profissionais que culminava em baixos índices de recuperação e altas taxas de permanências. Os Estados Unidos foi o precursor dessa campanha em prol de mudanças na esfera psiquiátrica.

Como recurso para promover debates e discussões sobre a temática, são criados organismos oficiais a partir de 1908, como é o caso do Comitê Nacional de Higiene Mental em Connecticut e posteriormente do Comitê Internacional de Higiene Mental em 1909. No continente europeu coube à França o papel de capitanear as campanhas a favor das inovações no âmbito psiquiátrico. Com esse intuito é fundado em 1920, A Liga Francesa de Higiene e Profilaxia Mental e, a partir do pioneirismo desses países, a temática passa a ser amplamente difundida, motivando a criação de entidades similares em várias partes do mundo.

Direcionando nossa atenção para a atuação da Liga nos primeiros anos da sua fundação, Costa (2007) nos afirma que, ao iniciar suas atividades à frente da LBHM, Gustavo Riedel inaugura a Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro e, na sucessão, temos a criação de um ambulatório de profilaxia das doenças mentais e a inauguração de um serviço aberto para psicopatas e também um curso para formação de monitoras de higiene mental. Com essas ações, Riedel almeja refrear os elevados índices de internamento nas instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro.

Ainda no campo das realizações da LBHM cabe destaque à publicação dos Archivos Brasileiros de Higiene Mental a partir de 1925. Esse periódico científico veio a se constituir importante veículo para a divulgação das ideias higiênicas e de temas relevantes na área psiquiátrica, além de ser importante fonte documental do percurso histórico da psiquiatria brasileira, que por sua vez optou ao longo de vários anos pelo continuísmo, mantendo as mesmas práticas terapêuticas tradicionais, com a inspiração teórica dos psiquiatras advindas do exterior.

Com a instauração do regime ditatorial a partir de 1964, Paim (2009), esclarece que o processo de privatização na área da saúde se fortaleceu com o incremento de recursos

financeiros oriundos da compra de serviços médicos hospitalares do setor privado para os segurados da previdência por parte do governo. Baseando-se nas afirmações desse autor, ponderamos que a contratação de empresas privadas para ofertar serviços essenciais para a população sem a devida fiscalização dos órgãos responsáveis onera os cofres públicos, promovendo a desintegração da estrutura estatal, além de favorecer as práticas ilícitas e de favorecimento. Tais características são intrínsecas dos projetos societários, nos quais as formas de controle e regulação social são incipientes e pouco representativas, permitindo o livre arbítrio do poder central em detrimento dos interesses da coletividade.

As mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe de militar de 1964, com o maciço investimento na assistência à saúde de origem privada, concorrem para que o mercado vislumbre na assistência psiquiátrica uma fonte inesgotável de lucro. A investida dos empresários nesse setor tem início com a criação de um número considerável de instituições voltadas para os indivíduos acometidos de doença mental. Nesta direção, o argumento de Amarante (1994, p. 79) é esclarecedor: “o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado [...] Ocorre sim um enorme aumento do número de vagas e de internos em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos”.

Sem fugir dos moldes tradicionalmente utilizados, as instituições privadas organizavam a assistência psiquiátrica em torno de uma estrutura asilar e reproduziam no seu interior as mesmas práticas de maus tratos presentes nas instituições públicas. Soma-se a isto um número reduzido de funcionários, ambientes superlotados e em péssimo estado de conservação, o que em nada contribuía para a recuperação dos internos. Perante as evidências explícitas de mau uso de dinheiro público e desrespeito à dignidade humana, surgem as primeiras movimentações de repúdio ao esquema montado para favorecer a classe dominante. Sobre esses fatos, Resende (2001, p.62) afirma que

De um lado intensificaram-se as denúncias contra o favorecimento do que passou a ser conhecido como a indústria da loucura, partidas de amplos setores de representantes da área da saúde mental no país. Cobravam em suma mais eficiência do sistema, que condenavam como dispendioso e cronificador.

As primeiras mudanças neste cenário começam a se esboçar a partir da década de 1970, como nos esclarece Resende (2001), como resultado de encontro realizado em Santiago do Chile com os demais ministros da saúde dos países latino americanos no qual o Ministério da Saúde se compromete a incorporar na assistência psiquiátrica os princípios básicos que recomenda a diversificação da oferta de serviços. Entende-se, portanto, que o hospital não deve se constituir como única instituição para assistir o indivíduo doente, enquanto que a

criação de alternativas comporte a reabilitação de pacientes crônicos para que possa ser reintegrado socialmente.

## 2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Aqui historicizamos a fim de apreender os fatos que determinaram o projeto de assistência à saúde ofertada à população brasileira desde a colonização até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e por considerá-la importante no que toca à definição do lugar da loucura na política de saúde.

De acordo com Paim (2009), o sistema público de assistência à saúde no Brasil tem suas origens nas ações empreendidas no âmbito da organização sanitária iniciada no período colonial, quando os cuidados relativos à saúde dos pobres eram realizados por organizações de caridade ligadas à Igreja Católica, datando deste período a fundação da primeira Santa Casa de Misericórdia na cidade de Santos no estado de São Paulo em 1543.

Ainda baseado nas afirmações do mesmo autor, assinalamos que durante a vigência do Brasil Império, precisamente a partir de 1828, os municípios passam a serem os responsáveis pelas ações de saúde pública, condição que só era alterada quando os problemas nessa área atingiam um maior grau de dificuldade, solicitando a intervenção do governo central. Essa conformação da assistência à saúde é claramente identificada usando a crescente ocorrência de epidemias em território brasileiro colocam em risco as exportações de produtos agrícolas especialmente o café principal, sustentáculo da economia nacional, solicitando que sejam editadas medidas administrativas na área de saúde pública que realize o controle sanitário, visto que

O estado de saúde da população brasileira desse período são uma predominância de doenças pestilências, principalmente varíola e febre amarela, uma organização precária dos serviços de saúde e o exercício de uma prática médica baseada em conhecimentos tradicionais não “científicos (SINGER, 1988, p.90)

Sob essa perspectiva podemos inferir que, mesmo que tais ações não tenham englobado todas as demandas que emergem nesse período, começa a se esboçar de maneira débil as primeiras tentativas do Estado de solucionar questões que afetam a coletividade, mesmo que não comporte todas as prerrogativas do que se preconizam atualmente como políticas públicas do modo como Pereira (1996, p. 130) as concebe: uma “[...] linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei”.

Observa-se que neste período as ações assistenciais da saúde não se dirigiam à totalidade da população e foram pensadas para atender interesses determinados por outras estâncias e, mesmo tendo sido introduzidas medidas na área dos serviços sanitários e da organização comunitária, neste determinado momento da história brasileira a organização da assistência à saúde se caracterizava pelo caráter elementar das ações e pela subordinação ao poder central. No que refere às decisões, essa forma de gerenciamento contribuía para o predomínio das obras caritativas, filantrópicas e das atividades desenvolvidas pelas Santas Casas de Misericórdia. Nesses ambientes predominavam os procedimentos paliativos, devido à carência de recursos financeiros e falta de profissionais qualificados, sendo o seu atendimento dirigido aos pobres e indigentes, enquanto que os indivíduos que dispunham de recursos financeiros pagavam para serem atendidos por médicos particulares.

A partir dessas informações podemos conjecturar que as bases da assistência à saúde no Brasil se encontram firmemente alicerçadas nas ações desenvolvidas pelas instituições religiosas que tiveram início com os jesuítas no período colonial; o traço distintivo dessas entidades era o pronunciado apelo assistencial e caritativo em detrimento da função terapêutica. Com a Proclamação da República o governo central repassa para os estados a responsabilidade pela organização dos serviços de saúde. Nesta fase de transição de governo, os dirigentes enfrentavam grandes dificuldades para adotar as medidas necessárias para promover a modernização do país, ainda impregnado de práticas autoritárias, resquícios do período colonial. A estrutura pública apresentava deficiência em todos os setores essenciais como educação, transporte e saúde. Nesta área especificamente as ações são bastante incipientes e pontuais, reflexo da precariedade da organização administrativa.

Nas décadas iniciais do século XX, o incremento das ações de saúde pública decorria em grande parte da necessidade de criar as condições adequadas para que a estrutura econômica sustentada pelo modelo agroexportador seja suprimida pelo capitalismo industrial emergente e percussor da modernidade. Para tanto, é necessário agir sobre os fatores que causam um elevado número de doenças, a fim de que não afetem a mão de obra que converge para os centros urbanos. Essa tendência fica claramente exposta nas diversas campanhas de combate às epidemias encampadas pelo governo.

Sob o comando dos sanitaristas, as incursões tinham caráter focalizado e imediatista e atribuía grande responsabilidade aos indivíduos pelo adoecimento, ao passo que o Estado não se comprometia em criar formas de melhorar as condições de vida da maioria da população que habitava em moradias insalubres e não dispunha de recursos financeiros para se alimentar adequadamente. Algumas intervenções decretadas pelo governo não obtinham receptividade

junto à população, o que resultava no uso da força policial, como foi o caso da Revolta da Vacina, episódio histórico de grande repercussão, ocorrido em 1904 no Rio de Janeiro, então capital da República, denotando a forma como a saúde pública era tratada nas primeiras décadas do regime republicano, como nos relata Cotrim (1999, p. 383):

A história tradicional costumava dizer que as principais causas da Revolta da Vacina eram a ignorância e a selvageria do povo. Entretanto além da vacina obrigatória, o povo reagiu contra o desalojamento, o custo de vida, o desemprego urbano e o autoritarismo dos funcionários do governo.

A rejeição à forma de aplicação das medidas sanitárias, somadas à dificuldade apresentada pelo Estado em dar continuidade aos projetos, acaba por favorecer o crescimento de instituições de assistência médica previdenciária. A partir da promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, quando começam a se definir estratégias para atender os indivíduos registrados no mercado de trabalho formal, esse plano se materializa com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Essa determinação acaba por criar duas variáveis de um mesmo setor: a saúde pública e a saúde previdenciária. Em Bravo (2001, p.91) encontramos uma caracterização da assistência não contributiva e seus destinatários: “[...]a saúde pública tinha um caráter preventivo e centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para as do campo”. Conforme a análise de Paim (2009, p. 27-28), para esse período “[...] prevalecia uma concepção liberal<sup>3</sup> de Estado de que só cabia intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder”.

Na década de 1930, de acordo com Cotrim (1999), passa a vigorar uma nova configuração política no país após a Revolução que conduz Getúlio Vargas à Presidência da República. Junto a esse fato temos uma infinidade de problemas sociais agravados pela grande crise econômica que se abateu sobre vários países e abalou o modelo econômico pautado no capital. Podemos já a partir desse momento identificar uma mudança na postura estatal no que tange à área da saúde, pois em lugar da tênue atuação do governo anterior no gerenciamento das políticas voltadas para essa área, temos uma postura intervencionista calcada no propósito de criar condições sanitárias mínimas associadas às medidas de combate a epidemias, além de uma crescente intervenção médica nas áreas urbanas.

---

<sup>3</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2008), os princípios liberais estão pautados: no predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; predomínio da liberdade e competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; a política social, portanto, deve ser um paliativo.



Dentre as resoluções do executivo nesse período, algumas estão diretamente ligadas à esfera da saúde, como é o caso da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que cumpre a função de aliar propostas de educação sanitária conjugadas com a criação de postos de saúde. Nesse momento há uma maior disposição do governo em discutir as questões do setor, o que vem motivar a criação das Conferências Nacionais de Saúde. O evento contou com a participação de funcionários dos ministérios e dos governos estaduais e teve por objetivo coletar informações relevantes que auxiliassem na definição de metas nos campos da Saúde e da Educação.

Juntamente com essas decisões Braga e Paula (1986, p. 53-55) relacionam outras resoluções adotadas pelo governo no âmbito da saúde pública abrangendo o período entre as décadas de 30 e 40 do século XX:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos de mão de obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate as endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malaria do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941 que incorporou vários serviços de combate as endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Bravo (2001) aponta que no período de 1945-1950 ocorre a consolidação da Política Nacional de Saúde que se delineava desde 1930, destacando a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a 2ª Guerra Mundial como ação do convênio firmado com órgãos do governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller. Nos fins de 1948, foi elaborado o Plano Salte que abrangia ações nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia: a saúde era o foco principal dessa iniciativa que tinha previsões de investimentos de 1949 até 1953, contudo não foi efetivado.

Baseada nas afirmações de Paim (1999), identificamos que após a criação do Ministério da Saúde em 1953, o combate a certas doenças passou a ser feito por serviços individualizados e centralizados, contudo isso não acarretou a suspensão das campanhas para erradicação da malária, ao combate da tuberculose (utilizando a abreugrafia e a vacinação oral

com BCG) e vacinação contra a varíola. Devido à utilização desse método nas ações de saúde pública alguns estudiosos passam a denominá-la de sanitarismo campanhista (com ênfase em campanhas).

A partir do exposto é facilmente identificável a predisposição do Estado brasileiro em desenvolver ações de caráter preventivo visando evitar o surgimento de doenças, contudo nota-se um déficit na elaboração de metas e planos no que tange à esfera curativa, sabendo-se que o governo deve criar modelos de atenção que contemplem as necessidades do indivíduo de maneira integral a fim de promover sua pronta recuperação. Seguindo esse raciocínio, desviamos o foco da nossa exposição para o âmbito da assistência médico hospitalar, justamente no intervalo temporal em que ocorre uma solicitação por esse tipo de serviço no território brasileiro.

Isso pode ser explicado a partir da melhoria das condições sanitárias que fazem declinar o número de doenças infecciosas e parasitárias. Em contrapartida temos o surgimento das doenças cardiovasculares vinculados aos novos ritmos de vida e registros de acidentes e casos de violência. Essa nova realidade convoca estrutura hospitalar adequada, equipamentos e profissionais qualificados visto que, em função da nova dinâmica social de industrialização, a pronta recuperação da mão de obra é fator determinante para o progresso.

Mesmo diante desse cenário, a forma como a saúde pública brasileira foi organizada e gerenciada pelos governos no decorrer do tempo acaba por acarretar um quadro de grande deficiência nesse setor, o que impossibilita que as demandas que emergem do novo contexto social fossem atendidas. As limitações do aparelho estatal em ofertar políticas de saúde públicas para atender todos os segmentos da população acabam por favorecer uma progressiva ascensão do atendimento médico hospitalar de natureza privada com fins lucrativos que se iniciou na década de 50. Esse quadro começa a registrar mudanças substanciais no final da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a partir dos anos 1990, quando o SUS é implementado.

### 2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A implantação do Sistema Único de Saúde em 1988, vem responder a uma longa luta em prol do direito à saúde antes vista de forma restrita. Pioneiramente o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) apresentou em 1979, o documento “A questão democrática na área da saúde” no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos

Deputados, formulando a proposta do SUS, sua concepção juntamente com suas diretrizes e bases.

As instituições acadêmicas, sociedades científicas e movimentos sociais empreendiam grande esforço em realizar contínuos eventos para discutir os rumos da saúde no país, dentre essas iniciativas a de maior relevância veio a ser a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, cabe destacar que a sistematização das proposições que registradas no relatório final do evento lançaram as bases para a Reforma Sanitária Brasileira assim como inspiraram o capítulo dedicado à saúde na Constituição de 1988.

A insatisfação resultante da falta de resultados positivos advindos das iniciativas adotadas até aquele momento na esfera da saúde favoreceu a organização de grupos formados por diversos segmentos da sociedade com destaque para os pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde, militantes de movimentos sociais e outras frações da população em prol da Reforma Sanitária Brasileira o que ficou conhecido como Movimento RSB.

Desta maneira, a história da saúde pública só ganha contornos diferentes a partir da abertura política que o país vivenciou no pós-ditadura, quando assistimos ao processo de redemocratização, o retorno das discussões dos direitos civis e políticos, a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em meios às pressões dos setores sociais, traz em sua característica as mudanças significativas para a construção do que o Brasil é hoje em termos de política, educação, saúde e assistência social. Hoje é possível afirmar que o tema saúde situa-se no topo da agenda pública nacional e, nesse cenário, o Sistema Único de Saúde ganha concretude.

A **8ª Conferência Nacional de Saúde** (1986) foi um marco para a definição dos novos rumos que a política de saúde iria tomar no país. Essa conferência registrou, pela primeira vez, uma ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país para o debate da saúde como direito de cidadania, da reformulação do Sistema Nacional de Saúde e do financiamento do setor. Esse debate influenciou diretamente a definição dos parâmetros de saúde na promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a política de saúde, tal qual a da Assistência e Previdência, passou a compor o tripé da Seguridade Social. Esse novo modelo de seguridade, introduz no país a noção de direitos sociais universais como parte da cidadania, antes restrito à população beneficiária da previdência.

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição institui o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e complementado pela lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da

comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Para que fossem cumpridas as determinações do SUS que constam na Constituição de 1988, foram divulgadas portarias chamadas de normas operacionais com o intuito de facilitar a sua descentralização. As normas foram denominadas NOB -91; NOB-93, NOB-96, Noas-2000 e Noas-2002 que somadas às outras iniciativas governamentais buscam melhorar a qualidade do atendimento prestado pelo SUS.

A saúde passa a ser um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício: reformular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação<sup>4</sup>. Essas ações devem ser realizadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Quando as ações do Estado forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, os serviços deverão ser pactuados com a iniciativa privada.

Mas não podemos esquecer que a década de 90, quando se iniciam as primeiras ações de efetivação da Lei Orgânica de Saúde (LEI 8080/1990) se configurou como um cenário adverso para a expansão e manutenção das propostas na LOS em virtude da escassez de investimentos na rede pública de serviços de saúde, alinhados a falta de aplicação de recursos financeiros em recursos humanos, ciência e tecnologia como também para custeio e manutenção da estrutura em funcionamento, favorecendo sobremaneira o crescimento uma parcela do mercado de assistência à saúde denominada saúde suplementar composto por cooperativas médicas e seguros de saúde.

Ainda assim, Santos e Andrade (2007) afirmam que o SUS foi e tem sido a única política pública universalista que considera o ser humano como sujeitos de direitos perante o Estado e, ainda que enfrente sérios desafios na sua organização e financiamento, contém nos seus regramentos constitucionais e legais a mais moderna concepção de Estado. Nesta direção, os autores o consideram uma inovação da gestão pública. Mas isso não retira as dificuldades de garantir e concretizar as diretrizes previstas no artigo 198<sup>5</sup> da Constituição

---

<sup>4</sup> Segundo Lei nº 8.080/90, artigo 2º, parágrafo 1º.

<sup>5</sup> **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade...

Federal de 1988, consubstanciadas no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde, colocando em cheque a efetivação plena dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>6</sup>, quais sejam:

- **A universalidade no acesso e igualdade na assistência:** igualdade de todos às ações e aos serviços necessários pra promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, cabendo ao Estado a garantia dessas ações sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie e independente da natureza das ações desenvolvidas, da complexidade e do custo do atendimento;

- **A integralidade:** acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde, cabendo também ao Estado a garantia dessas ações, como também uma articulação da política de saúde com outras políticas públicas, tendo vista assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas e cujas ações tragam repercussão para a saúde e a qualidade de vida da população;

- **A equidade:** tratamento desigual aos desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

- **A participação da comunidade:** na formulação, fiscalização e acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis do governo, cabendo ao Estado a garantia desses espaços que permitam a participação da sociedade nesse processo, tendo em vista a transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas;

- **A descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde:** acesso a um conjunto de ações e serviços localizados nos municípios e próximos à residência ou ao trabalho da população usuária, condizentes com as necessidades de saúde ou o acesso a outras unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados caso seja necessário ao cuidado da saúde, cabendo ao Estado a garantia no acesso a esses serviços e a pactuação com instituições de saúde que podem ofertar tais serviços.

Desde a sua criação o SUS enfrenta vários desafios no que se refere a sua efetivação e capacidade de cumprir os princípios e diretrizes que nortearam a sua concepção, partindo de iniciativas nascidas nos diversos segmentos societários como forma de enfrentamento de uma realidade adversa, criando alternativas e mecanismos para exercer pressão sobre o poder

---

<sup>6</sup> In: GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

público. As maiores expectativas giram em torno do cumprimento dos princípios da universalidade, aqui representado pelo direito de acesso à saúde por todos os cidadãos sem qualquer impedimento legal, econômico, físico ou cultural seguido do princípio da integralidade que dispõe sobre o direito do cidadão de acessar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, como também o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral que tenciona manter a autonomia dos cidadãos perante as ações de assistência à saúde que são colocados a sua disposição.

Para minimizar esses impactos negativos no direcionamento da política de saúde, algumas iniciativas têm sido adotadas no âmbito do SUS. Uma delas foi a criação, em 2006, do Pacto de Saúde em reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006), que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de então, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Esse processo pode contribuir para a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde.

Para a efetivação desse pacto, foram aprovadas também as portarias nº 649 e 650 que regulamentam, respectivamente, o financiamento com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de saúde da família, o financiamento do Piso da Atenção Básica fixo e variável mediante revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o programa de Agentes Comunitários de Saúde e a portaria nº 822, que altera os critérios para a definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família, todos dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

Existem atualmente inúmeros programas do Ministério da Saúde, com vistas a alavancar as ações de atenção básica e prevenção à saúde:

- **Programa de Saúde da Família (PSF):** estimula a organização da atenção básica em todos os municípios, por meio da implantação de equipes de saúde da família, que realizem práticas com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde;

- **Programa de Agentes Comunitários de Saúde:** consiste em recursos financeiros destinados a estimular a organização da atenção básica em todos os municípios com a implantação de agentes comunitários. As ações que são financiadas com os recursos do programa estão centradas em práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde;

- **Programa de Combate às Carências Nutricionais:** está ligado ao desenvolvimento das ações de nutrição e alimentação a determinados grupos populacionais, com prioridade ao grupo materno infantil, visando combater a desnutrição. Ações como orientação alimentar e nutricional; aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais e monitoramento das condições nutricionais, são financiados com os recursos que o programa recebe;

- **Ações Básicas à Saúde dos Povos Indígenas:** este programa se destina a garantir o acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos financeiros estimulam assistências à saúde desses povos, no âmbito nacional, juntamente com os estados e municípios;

- **Assistência Farmacêutica Básica:** consiste em recursos financeiros e ações destinadas, exclusivamente, à aquisição de medicamentos básicos, contribuindo para a garantia da integralidade na prestação da assistência básica à saúde. As ações financiadas com esses recursos asseguram o fortalecimento de medicamentos básicos à população do país, dentro das diversas propostas pela Política Nacional de Medicamentos;

- **Ações Básicas de Vigilância Sanitária:** programa voltado para a modernização das ações de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como as atividades educacionais sobre vigilância sanitária;

- **Saúde Bucal:** programa que objetiva a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio do Programa de Saúde da Família;

- **Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária:** consiste na transferência de recursos para as ações básicas de média e alta complexidade em vigilância sanitária. As ações financiadas com esses recursos são pactuadas com as unidades federais que as determinam nos Termos de Ajuste e Metas aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Comissões Intergestores Tripartite CIT, no ano de 2000 e assinados com a ANVISA;

- **Programa Saúde na Escola:** instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde e educação de forma integrada.

No que toca ao lugar da loucura na política de Saúde, é também a partir da década de 90, que assistimos as tentativas de mudar a forma como se prestava atendimento aos indivíduos com sinais de doença mental. Quando se define uma nova política de saúde mental, os recursos da assistência psiquiátrica passam paulatinamente para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária: oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados<sup>7</sup>, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Cabe salientar que na década de 1990 também não logramos muito êxito na reordenação do cuidado à saúde mental, fruto de uma estratégia política que já descrevemos neste escrito. Foi somente nos anos 2000 que começamos a sentir os “impactos” da política de saúde mental, com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental em 2001. Não pretendemos alongar esta discussão neste capítulo, pois a trataremos mais amiúde no capítulo seguinte, no qual nos dispomos a discorrer sobre a Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos para a definição do que é hoje a política de saúde mental em termos de conceito, estrutura e financiamento.

---

<sup>7</sup> Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária.



### **3 CAPÍTULO III - A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O LUGAR NA LOUCURA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a experiência do CAPS de Cachoeira**

#### **3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Ao nos depararmos com o termo “reforma” instantaneamente nos vem à mente uma imagem de algo que não funciona direito, que precisa de reparos ou que está ultrapassado. A partir dessa metáfora ensejamos introduzir algumas considerações sobre como se constituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira.

No Brasil desde a criação das primeiras instituições para atendimento dos doentes mentais, tivemos a reprodução dos modelos comumente instituídos na maioria dos países, ora denominados asilos, hospícios, manicômios ou hospitais psiquiátricos, com variações na nomenclatura, mas mantendo a mesma lógica de asilamento. Esse modelo tem longa permanência na história da humanidade e cumpre o papel de manter o domínio sobre os indivíduos que não se adaptam às regras sociais habitualmente utilizadas para determinar o padrão de normalidade de cada pessoa. Assim como o confinamento do doente mental foi consolidado através de processos históricos ao longo de vários anos, a ruptura desse paradigma não ocorrerá de maneira instantânea e nem obedecerá a uma lógica linear. As incursões no campo da reforma solicitam uma constante renovação a fim de superar os obstáculos e dar continuidade ao processo.

Revisitando os antecedentes da assistência psiquiátrica no Brasil, identificamos que logo após a ascensão dos militares ao poder, os institutos de assistência e previdência foram unificados e a partir desse momento tornou-se prática comum o governo contratar serviços de hospitais psiquiátricos privados para atender o portador de sofrimento psíquico. Esse expediente acabou por se constituir como negócio bastante rentável para a iniciativa privada. Essa situação se tornou notória e recebeu a denominação de “era da privatização” e resultou no uso da loucura como um importante instrumento de lucro para os hospitais psiquiátricos.

A despeito do grande valor das verbas recebida do governo federal as condições de tratamento nas instituições psiquiátricas públicas e privadas eram as piores possíveis, com as estruturas físicas deterioradas, péssimas condições de alojamento, carência de materiais e equipamentos bem como um número insuficiente de profissionais para atender a demanda. Esse cenário acaba afetando a qualidade do tratamento e impossibilitando a recuperação dos internos.

O cenário caótico encontrado no interior dos hospitais psiquiátricos se assemelha com o estado de desestruturação política, social e econômica que o país atravessava entre as décadas de 70 e 80 do século XX. Essa realidade é confirmada por Cotrim (1999) quando afirma que nesse período temos o declínio do modelo político econômico adotado pelo regime militar, que se materializava em altos índices inflacionários e nas péssimas condições de vida da maioria da população. Esse clima de instabilidade concorre para que diversos setores da sociedade se organizem para reivindicar mudanças nas bases estruturais do país. Essa iniciativa de canalizar esforços em prol de uma causa coletiva é ilustrada por Gohn (2001, p. 114)

Havia um clima de esperança, de crença na necessidade da retomada da democracia, da necessidade da participação dos indivíduos na sociedade e na política. Havia também a crença na força do povo, das camadas populares, quando organizadas, para realizarem mudanças históricas que outros grupos sociais não tinham conseguido realizar no passado.

Em consonância com esse anseio de promover mudanças nas estruturas tradicionalmente estabelecidas, começam a se esboçar os primeiros movimentos na área da saúde questionando as condições de trabalho e a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Ilustrando essa disposição, temos um acontecimento que concorreu para dar mais amplitude às denúncias sobre as irregularidades praticadas nas instituições psiquiátricas intitulado a “crise da Divisão Nacional de Saúde Mental” ( DINSAM), ocorrida em 1978, quando os profissionais da área vem a público denunciar as precárias condições da maioria dos hospitais psiquiátricos vinculados ao Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Para refrear as intenções dos manifestantes e desarticular os protestos, foi determinada a demissão de vários participantes. Em resposta à atitude arbitrária do governo, outros setores da saúde começam a se mobilizar e conquistam o apoio de representações sociais que também lutavam contra o regime ditatorial (AMARANTE, 1998b.).

Com base nas afirmações de Amarante (1998b.), identificamos que a partir desse episódio tornou-se frequente a realização de congressos, conferências e várias outras formas de integração com o intuito de discutir as deficiências na estrutura hospitalar de assistência psiquiátrica, ampliando os debates para a esfera política com duras críticas ao regime em vigor, saindo em defesa de uma forma de organização societária mais justa.

As investidas reivindicatórias se intensificam ao longo do tempo, cabendo destaque para três eventos políticos que, segundo Delgado (1998), desencadearam o início do debate e deram contorno o que se nomeou Reforma Psiquiátrica Brasileira: 1 – Congresso Brasileiro

de Psiquiatria realizado entre agosto e setembro do ano de 1977, em Camboriu, Santa Catarina; 2 – Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo em janeiro de 1979; 3 – III Congresso Mineiro de Psiquiatria em novembro de 1979, que contou com a participação do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, precursor de grandes mudanças na dinâmica institucional da psiquiatria italiana e fonte inspiradora de vários movimentos pela reforma inclusive no Brasil.

No período subsequente, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) arrebanha muitos colaboradores de vários segmentos da sociedade: a ele passam a se integrar sindicalistas, familiares de internos dos hospitais psiquiátricos, profissionais de diversas categorias e pessoas com histórico de internamento em instituições psiquiátricas. Por conta disso, o grupo assume grande protagonismo nas ações empreendidas para transformar a realidade dos hospitais psiquiátricos. Podemos deduzir que nesse embate a organização terá que se opor à iniciativa privada que possui um faturamento muito alto com a “indústria da loucura” e também com a indústria farmacêutica emergente, com um amplo mercado consumidor dos psicofármacos.

A representatividade nas esferas de poder torna-se imprescindível a fim de exercer pressão e angariar apoio no domínio estatal, favorecendo que as reivindicações sejam atendidas. Em face da firmeza de sua atuação para criar novas perspectivas de tratamento para a doença mental, o MTSM foi referenciado por Amarante (1995 p.478) “o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado com um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental (...)”.

Fundamentada nas impressões de Cotrim (1999) sobre o período que sucedeu o regime militar, identificamos que a partir de 1986, o país é tomado por um movimento incessante de transformações estruturais que tem início com a realização de eleições diretas para presidente após um longo período de regime ditatorial. Sucessivamente temos a ocorrência de fatos históricos que progressivamente vão construindo uma nova identidade nacional. A materialidade dessa proposta se efetivada com a promulgação da Constituição Cidadã em 1988 e com a implantação do SUS e a LOS.

Os fatos assinalados anteriormente acabam por impulsionar grandes avanços no campo da saúde e em especial no campo da saúde mental, concorrendo para o desmantelamento da estrutura manicomial, a despeito das forças tradicionais que tentam barrar o processo. Diante disso, temos a percepção do quão abrangente é o movimento da reforma psiquiátrica conforme assevera Santos (2001, p.261): “as formas de opressão e de exclusão contra as quais

lutam não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mas exigem uma reconversão global dos processos de socialização”.

Dentre as realizações desse período destacamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, e nesse mesmo ano é realizado o Congresso Nacional de Saúde Mental. A partir dessa troca de experiências cria-se um slogan indicando que a principal meta a ser alcançada pelo movimento é a completa superação do modelo manicomial, tendo um chamamento para que a sociedade participe ativamente dessa transição, conforme explicita Amarante (1995, p. 492):

Por uma sociedade sem Manicômios, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e a assistência psiquiátrica. Deste ano até hoje, o Movimento vem organizando atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e nas principais cidades do país com o objetivo de envolver mais atores sociais na questão (...).

Na esfera legislativa o Movimento angariou o apoio do deputado Paulo Delgado que, sensível às reivindicações do grupo, coloca em votação no Congresso Nacional no ano de 1989, o projeto de lei que vem ao encontro das propostas encampadas pelos seguidores do Movimento. O referido projeto trata de várias questões referentes à garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais e da gradativa extinção dos manicômios no país. Apesar do projeto não ter sido aprovado, a temática da saúde mental se manteve presente junto aos órgãos decisórios, assumindo contornos nítidos e, mediante a política de saúde mental do Ministério da Saúde que passou a vigorar em 1992, a implantação da estrutura extra-hospitalar passou a ser garantida.

As discussões acerca da desinstitucionalização na esfera psiquiátrica tornam-se assunto recorrente em âmbito nacional e internacional. Visando enriquecer o debate sobre o tema, em 1990 é realizada em Caracas a Conferencia Nacional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, tendo como resultado final o documento denominado “Declaração de Caracas”, elaborado conforme nos esclarece Hirdes (2009):

Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina (...) comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009, p.298).

Para além do fechamento dos hospitais psiquiátricos, a proposta de desinstitucionalização pactuado pelos governos, organismos internacionais e pelos militantes

da causa antimanicomial enseja destituir toda prática terapêutica baseada no internamento dos doentes mentais, incentivando a criação e continuidade de iniciativas de tratamento que priorizem a noção de território sob a perspectiva da reforma. Para possibilitar uma melhor compreensão desse pressuposto da Reforma Psiquiátrica, nos reportamos a Rotelli et al (1990 p.21)

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é portanto nesse sentido, "a instituição" nesta nova acepção?

È o conjunto de aparatos científicos legislativos administrativos, de códigos de referencia e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto "doença". Mas se o objeto ao invés de ser a "doença" torna-se a existência –sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior.

Na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira mesclam-se avanços e retrocessos que apontam para uma contínua reflexão e aprimoramento. Sob essa ótica identificamos os primeiros resultados consistentes das incursões no campo legislativo com a promulgação da lei nº 10.216/2001, denominada lei Paulo Delgado. Diante dessa resolução, a Reforma Psiquiátrica passa a contar com um instrumento jurídico para fazer frente às arbitrariedades praticadas contra as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Apesar de ter ocorrido tardiamente essa disposição do governo brasileiro em acatar as recomendações previstas nos documentos elaborados nas conferências, congressos, encontros e seminários que discutiram a temática da saúde mental, é aclamada cinco anos depois na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental que coincidentemente foi realizado aqui no Brasil em 2005.

A crítica na época direcionada à falta de mecanismos claros que substituíssem os manicômios para que posteriormente eles sejam extintos, pode ser equacionada com a leitura do Relatório de Gestão 2003-2006 publicado pelo Ministério da Saúde, que demonstra uma forte tendência à adoção dos Centros de Atenção Psicossocial com um dos principais modelos substitutivos para o modelo asilar, tendo atingido a marca de 1.000 unidades implantadas e cadastradas até o ano de 2006. Outro dado relevante se refere ao montante de recursos

financeiros destinados à atenção extra-hospitalar, registrando uma ampliação em detrimento dos valores destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

### 3.2 NOVOS TERRITÓRIOS DA LOUCURA: A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS

A efetivação da Reforma Psiquiátrica ganha um novo impulso com a promulgação da lei nº 10.216/2001 que regulamenta a Política Nacional de Saúde Mental. Entre as ações propostas destacam-se a criação de novos modelos em saúde mental para substituir gradualmente os hospitais psiquiátricos até a sua completa extinção.

As normatizações contidas na lei mesclam reivindicações dos movimentos sociais atuantes na área da saúde mental, como é o caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que encamparam grandes esforços para que fossem operadas mudanças na assistência psiquiátrica brasileira, baseada quase que exclusivamente em instituições de cunho asilar, havendo também regulamentações que atendem a pauta de organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) que após o fim da Segunda Guerra Mundial passam a sugerir critérios e regras a serem adotadas pelos países a fim de preservar a saúde mental de seus cidadãos, bem como medidas de proteção àqueles que se encontram em situação de adoecimento psíquico.

Fundamentada no texto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), identificamos que A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Sua intenção é garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Seus objetivos são: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria; incluir as ações da saúde mental na atenção básica.

Dentre as opções de modelos de atenção apontadas como passíveis de serem implantadas temos as Residências Terapêuticas, os Hospitais-Dia, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Centros de Cultura e Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Todos esses dispositivos aqui relacionados são propostas alternativas para o tratamento da doença mental que, ao serem implantados, passam a integrar a rede de atenção à saúde mental, que envolvem as ações de saúde mental na Atenção Básica, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também está preconizado na Política Nacional de Saúde.

Terminações dispostas no projeto, temos a criação de modelos substitutivos em saúde mental que cumprem o dever de prestar atendimento aos usuários oriundos do sistema manicomial. A implantação dessas instituições tem a intenção de criar diversos serviços substitutivos em saúde mental, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como alternativa na nova dinâmica de descentralização das ações e serviços de saúde baseada na Constituição Federal de 1988, juntamente com as Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90 – e as Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, comunitários, acessíveis e que tem como principal objetivo oferecer atendimento continuado aos indivíduos com transtornos mentais severos e constantes. Neste espaço institucional é realizado acompanhamento clínico, bem como atividades diversificadas com vistas a promover a inclusão social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, educação, fortalecimento dos laços afetivos com familiares e amigos, incentivando o resgate da autonomia, construindo coletivamente mecanismos que permitam acessar os direitos sociais previstos a todos os cidadãos.

Os CAPS são, portanto, considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social deve partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Ainda alinhado com a mesma proposta observamos que a implantação dos CAPS vai à contramão das instituições totais representadas pelos manicômios, considerando que nestes espaços os princípios da integralidade e da territorialidade não podem ser exercitados pelos

seus atores. OS Centros de Atenção Psicossocial foram reestruturados pelas portarias nº. 336/2 e 189/2 que estabeleceu as modalidades de CAPS. O atendimento deve acontecer durante no mínimo cinco dias na semana. O horário e a abertura durante os finais de semana e feriados irão depender da modalidade de CAPS para discorrer sobre os critérios e formas de organização desses modelos de assistência psiquiátrica nos embasamos nos textos do Ministério da Saúde (BRASIL,2002), que descreve de forma pormenorizada as normas, procedimentos e formas de funcionamento dos CAPS:

- CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta- feira.
- CAPS II: municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta feira. Podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana.
- CAPSi: atendimento de crianças e adolescentes. São implantados em municípios com população superior a 200.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta feira, podendo funcionar até 21 horas.
- CAPSad – atendimento de dependência química (álcool e drogas ) – municípios com população superior a 100.000. Funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta feira, podendo funcionar até 21 horas.

É aberta aos CAPS a possibilidade de dispor de categorias profissionais “externas” da área de saúde, tais como: músicos, artesãos, artistas plásticos e outras, como formar de desenvolver ao máximo as habilidades dos usuários. O princípio da intersetorialidade requisita dos Centros de Atenção Psicossocial uma constante interlocução no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados), das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, igrejas, delegacias políticas educacionais, de esporte, lazer e cultura) e nas mais diversas organizações comunitárias, de solidariedade, de defesa e cooperação.

No âmbito da Atenção Básica, porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/Saúde da Família visam: a promoção da saúde; território; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em



rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários.

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o profissional da saúde mental participa de reuniões de planejamento das equipes de Saúde da Família (ESF), realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Tanto os profissionais de saúde mental, quanto a equipe se responsabilizam pelos casos, eles promovem discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades.

Um ponto relevante que visualizamos é a convergência entre os princípios da saúde mental com a atenção básica definido em três direções: investimento nas potencialidades do ser humano; auxílio na formação de laços sociais e reforço da importância do território como alternativa para a reabilitação social. Mas entendemos que para que a saúde mental realmente aconteça na Atenção Básica é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana, que não sejam apenas proclamados, mas que sejam efetivamente implementados e respeitados.

### 3.3 DESCREVENDO A CIDADE, O LÓCUS E AS ESTRATÉGIAS DA PESQUISA

Cachoeira, nascida na época da colonização e do ciclo da cana-de-açúcar às margens do Rio Paraguaçu, que nasce na chapada Diamantina, nos brejos da “Farinha Molhada”, situados na vertente ocidental do Morro do Ouro, na serra do Cocal. O município, hoje com 138 anos que se elevou de vila à categoria de cidade, limita-se ao Norte com o município de Conceição da Feira, ao Sul com Maragogipe, a Leste com Santo Amaro e a Oeste com São Félix. Sua sede dista 110 km da cidade de Salvador, situada na microrregião de Santo Antônio de Jesus.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), vincula-se a 31ª DIRES, dentro da macrorregião leste de Cruz das Almas/BA. Possui dois distritos: Belém e Santiago do Iguape, além dos povoados de São Francisco do Paraguaçu, Capoeiruçu, Boa Vista, Tupim, Saco, Pinguela, Murutuba, Alecrim, Bela vista, Caobe, Calolé, Opalma, Terra Vermelha, Padre Inácio, Tibiri e Tabuleiro da Vitória.

Com uma população de 32.026 habitantes, distribuídos, quase igualmente, nas áreas urbana e rural, o município de Cachoeira apresenta uma densidade demográfica de 81,04 habitantes por Km<sup>2</sup>, em uma área territorial de 395, 211 KM<sup>2</sup>.

Aspectos demográficos, ano de 2010:

<b>Indicador</b>	<b>Valores</b>
População Total	<b>32.9026hab.</b>
População zona urbana	16.387* hab.
População zona rural	15.639 hab.
Homens / total	15.453
Homens zona urbana	7.684
Homens zona rural	7.769
Mulheres/ total	16.573
Mulheres zona urbana	8.703
Mulheres zona rural	7.870
Área	395,211 Km <sup>2</sup>
Densidade demográfica	81,04 hab. Por Km <sup>2</sup>
<b>IDH</b>	<b>0, 186**</b>

\*Dados de 2010

\*\* Dados da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia – SEI.

Quanto à operacionalização dos serviços de saúde, o município conta com uma rede de saúde da Atenção Básica (AB), composta por treze unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais quatro na sede e nove na zona rural e uma Unidade Básica de Saúde “Aristides Novis”. Como suporte à Atenção Básica, dispõe ainda de Equipes de Saúde Bucal credenciada (ESB); O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Ana Nery”, aqui sob análise, com o objetivo de oferecer atendimento à população portadora de transtornos mentais; O Hospital (Santa Casa) São João de Deus – mediante pactuação; e os Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

A unidade de saúde aqui em estudo foi inaugurada no dia 26 de dezembro de 2006. Essa disposição da Prefeitura Municipal da Cachoeira em alinhar-se com as proposições dispostas na Política de Saúde Mental do governo Federal, que preconiza a criação de modelos substitutivos em saúde mental, como é o caso do CAPS, em lugar dos tratamentos em hospitais psiquiátricos. Contando nesse período com 30.416 habitantes de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) realizado no ano de 2000, seguindo as instruções contidas no manual do CAPS editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que vincula a modalidade do CAPS ao número de habitantes do município, Cachoeira se enquadra no perfil de cidade para funcionar um CAPS I.

Acatando as orientações da Política Nacional de Saúde Mental que dispõe sobre os princípios normativos para implantação, localização, estrutura física, funcionamento e constituição da equipe indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), é inaugurado no

município de Cachoeira o CAPS Ana Nery instalado numa ampla residência localizada na rua Dr. João Vieira Lima, nº 29. O espaço tinham algumas limitações, mas, em linhas gerais, possuía um terreno extenso, que possibilitava a execução das oficinas de jardinagem e horticultura, uma área lateral coberta para realização de oficinas. As dependências internas comportavam os consultórios, com alguns espaços destinados a todas as atividades relacionadas ao CAPS. A localização no centro da cidade, com fácil acesso e perto do núcleo comercial e de serviços da cidade, coadunava com a nova perspectiva conferida à doença mental, na qual o CAPS precisa promover a integração do doente mental com a comunidade e vice-versa.

Os usuários compareciam à unidade espontaneamente ou de acordo à sua modalidade terapêutica: intensivo, com comparecimento diário recomendado por conta do seu estado clínico; semi-intensivo atenção frequente participando algumas vezes por semana das atividades; por ultimo os não intensivos, com programação para comparecer à unidade quinzenalmente ou mensalmente dada à estabilidade psíquica demonstrada. A dispensação de psicofármacos é uma das atividades realizadas pelo CAPS, sempre mediante receita médica já que tais medicamentos devem ser administrados sob rigoroso controle. Mas, cabe destacar, a falta de medicamentos era uma constante.

Atualmente o CAPS Ana Nery está situado à Rua J. J. Seabra, ACM, s/nº, mas com problemas estruturais não observados no espaço anterior, nesse episódio fica claramente exposta a fragilidade das esferas fiscalizadoras da política conquanto ocorre um descumprimento de normas sem que os órgãos fiscalizadores se manifestem. O fato de Cahoeira ser uma cidade histórica dificulta a aquisição ou aluguel de imóveis em bom estado de conservação que se enquadre nas normas exigidas pelo Ministério da Saúde, os casarões localizados no perímetro urbano muitas vezes carecem de reformas ou já estão ocupados.

A unidade presta atendimento a um total de 175 usuários distribuídos nas seguintes modalidades: 25 intensivos, 50 semi-intensivos e 90 não intensivos. As atividades terapêuticas e de socialização da referida instituição englobam oficina de beleza, artesanato (utilizando diversos materiais com especial predileção para a reciclagem), grupo terapêutico, oficina de redução de danos.

Para a realização deste estudo, nos apoiamos nos pressupostos da abordagem qualitativa, que se preocupa em enfatizar as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (HAGUETTE, 2007). Trata-se, portanto, de um tipo de pesquisa na qual o pesquisador precisa ter flexibilidade e criatividade no momento da coleta e análise dos dados, pois a representatividade da pesquisa está relacionada à sua capacidade de

possibilitar a compreensão do significado e a “descrição densa” dos fenômenos estudados (GOLDENBERG, 2008).

Tomando como base essas prerrogativas, baseamo-nos no método do estudo de caso, que pode ser utilizado tanto em pesquisas qualitativas quanto quantitativas. De acordo com Gil (2010), o estudo de caso consiste num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Em Triviños (2008) encontramos uma definição semelhante. Para este autor, o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente. Por isso, ele considera o estudo de caso, entre os tipos de pesquisa qualitativa, um dos mais relevantes, pois evidencia o caráter do “conhecer a fundo”.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e a entrevista. De acordo com Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa bibliográfica é um instrumento indispensável, pois propicia o exame de um tema sob um novo enfoque ou abordagem, contribuindo para que o pesquisador chegue a conclusões inovadoras. A pesquisa documental tem como fonte de informação os documentos seja no meio impresso ou outros, como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais. São documentos que ainda não tiveram tratamento analítico, são matéria prima, cabendo ao pesquisador desenvolver sua investigação e análise (SEVERINO, 2007). A utilização da entrevista é justificada pela possibilidade que ela permite ao pesquisador de “apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam” (SEVERINO, 2007, p. 124). Minayo (1994) também assinala a entrevista como um importante instrumento para o pesquisador obter as respostas dos questionamentos feitos na sua pesquisa, asseverando que

A fala [pode] ser reveladora de condições estruturais de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1994, p.109)

O primeiro passo para realização da pesquisa após reflexão para escolha do tema e seleção do referencial teórico, foi contactar as pessoas escolhidas, que no nosso caso específico a prioridade recaiu sobre as profissionais que considerávamos que nos apresentariam informações privilegiadas para a compreensão de como se deu o processo de implantação dessa política pública na cidade de Cachoeira, dando-nos indícios das providências preliminares que foram adotadas a fim de dar materialidade às ideias e projetos

que até então não passavam de determinações governamentais e que ao serem efetivadas tinham como objetivo equacionar os anseios da coletividade.

As três profissionais entrevistadas foram: a coordenadora da unidade (coordenação), a educadora física e artesã (execução) e a secretária de saúde à época (gestão). Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para demonstrar a seriedade da investigação acadêmica e o compromisso de manter a confidencialidade e o sigilo das informações obtidas, como recurso para resguardar a identidade das entrevistadas, optamos por utilizar nomes fictícios. Complementando as informações sobre as profissionais assinalamos que as mesmas possuem formação superior e não fazem parte do quadro de funcionários efetivos do município, sendo, portanto prestadoras de serviços, sendo que apenas uma delas reside no município.

#### 3.4 IMPLANTAÇÃO DO CAPS I EM CACHOEIRA: ESTRATÉGIAS PARA A TRANSPOSIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

O processo de implantação de uma política pública nos moldes que a sociedade brasileira as tem implementado põem em cheque os objetivos propostos na política e a qualidade dos serviços delas resultantes. Deste modo, falar do processo de implantação do CAPS Ana Neri em Cachoeira é falar de avanços, mas também de série de problemas de ordem políticas, organizativas e gerenciais<sup>8</sup>. Os caminhos percorridos pelo CAPS Ana Neri desde sua implantação até os dias atuais demonstra essa dualidade avanço-retrocesso. As narrativas dos profissionais que iniciaram a empreitada de montar essa estrutura de saúde mental na cidade de Cachoeira apontam para uma série de deficiências e limitações que precisam ser superadas a fim de oferecer um serviço de qualidade as pessoas que dele necessitarem.

No tocante à iniciativa de implantação do CAPS na cidade de Cachoeira, as profissionais enfatizaram que a Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de montar esse serviço no município foram importantes, principalmente diante da demanda que se apresentava e que não apenas ligados aos casos de transtornos mentais congênitos, mas também aos casos dos transtornos adquiridos, especialmente aqueles relacionados o uso de drogas lícitas e ilícitas.

---

<sup>8</sup> Gostaria de salientar que, enquanto funcionária do CAPS Ana Neri, participei ativamente do seu processo de implantação e vivi a doçura e amargura de atuar numa política pública que registrou avanços na sua concepção e orientação, mas retrocessos na sua implementação em face de entraves que os gestores públicos impõem à sua condução, que vão desde a falta de condições físicas e materiais de seus espaços até a falta de profissionais para dar conta das demandas trazidos pelos seus destinatários.

Nesta direção, havia uma preocupação por parte da gestão municipal em “[...] assistir as pessoas de forma acolhedora e humanizada”, como versa a profissional Magali<sup>9</sup>.

O que se via em termos de atendimento ao portador de transtorno mental era a assistência com um médico psiquiatra numa unidade de saúde da cidade uma vez por semana, mas a sua maioria era transferida para internamento em hospitais e colônias nas cidades de Salvador e de Feira de Santana. Esse fator nos mostra o quanto a política de saúde mental caminhava – e em certa medida ainda caminha – a passos lentos. Tanto o foi que a implantação do CAPS em Cachoeira, mesmo com a disposição da gestão, vivenciou alguns entraves tanto em sua estrutura física quanto no quadro da equipe e na oferta de serviços.

No que se refere às dificuldades de ordem física, as palavras de Glória são esclarecedoras:

Poucos consultórios, casa muito antiga dificultando reformas, refeitório com pouco espaço, área de oficina externa quente, cobertura de Eternit sem ventilador, suporte para água, copo descartáveis com bebedouros de água filtrada sem manutenção, ventilação insuficiente, salas sem divisão, pequena (GLÓRIA).

Glória nos esclarece uma realidade que assistimos constantemente nos municípios quando da implantação de um serviço de saúde: a estrutura de suas unidades não condiz com o que está preconizado na política, mostrando a dificuldade de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Em Paim (2009), encontramos alguns indicativos do que se configura como dificuldade de efetivação plena dos princípios e diretrizes do SUS ao explanar as tendências do sistema de saúde brasileiro, seus avanços e desafios.

Ao nos debruçarmos sobre as afirmações da entrevistada constatamos que tomadas as devidas proporções a falta de infraestrutura apontada nos permite traçar um comparativo do CAPS com os hospitais psiquiátricos, tidos como ambientes degradantes e desoladores. A escassez de recursos materiais e a estrutura física inadequada produz rebatimentos negativos no desempenho dos profissionais e no processo de recuperação dos usuários do serviço.

Para que o CAPS cumpra as funções para as quais foi idealizado é necessário um contínuo investimento financeiro para que as suas instalações se enquadrem nas normatizações exigidas pelo Ministério da Saúde, para que não falem materiais e insumos para alimentação, manutenção da higiene e limpeza do ambiente e para ser utilizado pelos usuários, material de escritório, equipamentos e materiais para realização de oficinas terapêuticas entre outros.

---

<sup>9</sup> Todos os nomes aqui utilizados são fictícios.

Neste quesito, Paim (2009), se detém a explicitar uma série de questões que envolvem o sistema de saúde no Brasil ao longo do tempo e que se manifestam ainda na conjuntura atual: crise do sistema face à instabilidade e insuficiência do financiamento, manutenção e/ou expansão das políticas de ajustes macroeconômicos que resultam na expansão do setor privado, dependência do Estado ao setor privado diante do pequeno número de instituições de saúde estatais, a utilização da saúde para interesses político-partidários. Estas questões têm rebatimentos na política de saúde em seus aspectos sociais, organizacionais/estruturais, econômicos, mercadológicos, tecnológicos, epidemiológicos e políticos.

Os profissionais que se inclinam para a área de saúde mental são em grande parte contratados com vínculos empregatícios precarizados, sem garantias de estabilidade e com baixas remunerações, o que leva dupla jornada de trabalho, comprometendo o desempenho profissional além de dificultar a criação de vínculo do profissional com usuário do serviço. A dificuldade de formar a equipe do CAPS Ana Nery, com profissionais oriundos ou residentes na cidade dificultou a composição da equipe mínima exigida para o funcionamento do Centro, que tinha sua equipe composta na sua maioria de profissionais vindos de outras cidades, dificultando o cumprimento da carga horária, pois os profissionais ficavam desmotivados em permanecer durante toda a semana na cidade tendo às vezes necessidade de alugar casas, o que pesava no orçamento. Muitas vezes isso acarretava problemas porque os profissionais queriam concentrar a carga horária em dias específicos da semana, fazendo com que durante alguns dias a Unidade ficasse sobrecarregada com um número excessivo de usuários a serem atendidos, enquanto em outros dias haviam poucos profissionais para atender a demanda.

Outro fator que aparece no discurso das profissionais diz respeito às dificuldades na composição da equipe técnica do CAPS. Houve uma dificuldade de encontrar profissionais do município, o que demandou a necessidade de buscar profissionais em outras cidades. A capacitação técnica dos profissionais em trabalhar com a saúde mental também estava em cheque, como versam as profissionais:

Dificuldade de ter esses profissionais com interesse e capacitação na área de saúde mental. No início contamos com profissionais: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico todos de Salvador, onde tivemos dificuldade de carga horária dos mesmos quanto ao deslocamento e conciliação com outros empregos (MAGALI).

Equipe mínima, carga horária deficiente, equipe fragmentada, salário sem atrativo para maior carga horária, membros da equipe sem qualificação em saúde mental, dificultando o trabalho interdisciplinar, falta de conhecimento de como atuar na área técnica de saúde mental, lidando com pessoas, com transtornos graves e severos sem o conhecimento (GLÓRIA).

Nesta direção, concordamos com Oliveira & Passos (2007) quando estes afirmam que há dificuldades para implementar e materializar uma política de saúde mental que esteja em consonância com diretrizes constituídas no processo da Reforma Psiquiátrica, quando no deparamos com um quadro insuficiente de recursos humanos disponíveis para trabalhar dentro de uma nova perspectiva de atenção e gestão em saúde mental.

A composição da equipe com os profissionais de nível médio, também foi bastante trabalhosa, devido as ideias preconcebidas relacionadas à periculosidade do indivíduo em sofrimento mental, os funcionários não foram previamente treinados ou orientados e vinham trabalhar receosos de serem atacados o que explica em grande parte as atitudes ásperas com que tratavam os usuários algumas vezes, se tornou um fato constante a utilização do CAPS como forma de punir os funcionários municipais, pois aquele que por algum motivo entrasse em desacordo com a chefia era transferido para trabalhar no CAPS, o resultado como era de se esperar culminou em fragmentação, fragilidade dos vínculos da equipe, insatisfação, dificuldades no relacionamento interpessoal, dificuldade para desenvolver projetos e atividades por conta da falta de disposição de alguns membros da equipe.

Outro fator que consideramos preponderante discutir é a necessidade da capacitação dos profissionais que estão na linha de execução da política, tendo em vista que a não qualificação do profissional implica diretamente sobre qualidade do serviço ofertado à população. É preciso, portanto, avançar nesta direção, ainda que consideremos que isso também é resultado da ainda incipiente implementação das redes de serviços de saúde mental comunitária.

Quanto aos aspectos infraestruturais, as profissionais apontam outros limites para o processo de efetivação da política de saúde mental no município:

Mesmo com o apoio da secretaria de saúde, tivemos alguns problemas de locomoção (transporte para busca ativa e visitas domiciliares), pois tínhamos pacientes mantidos em cativeiro no próprio laço familiar e nossas visitas tinham que ser constantes nesses domicílios (MAGALI).

Não tínhamos telefone. As consultas eram marcadas para perícia ou na secretaria ou quando achávamos um telefone público em bom estado marcava-se, computador sem internet, não havia carro para busca ativa, nem clínica de rua, nem visita domiciliar. Era feito à pé ou com carro do profissional (GLÓRIA).

Problemas de outras ordens apareceram, como afirma Glória: “não havia medicação nenhuma de alto custo, número reduzido de remédios para transtornos mentais”. Mas, as palavras de Matilde nos fizeram refletir sobre a questão do trabalho em rede e a intersetorialidade na política quando ela afirma que existe uma “falta de preparo do PSF com portador de transtorno mental (a atenção básica não inclui)”.



Em Zambenedetti (2009) encontramos referências para esta reflexão. Segundo o autor, apesar da criação de diferentes modalidades de serviços e de seu processo de gradual implementação, ainda não podemos dizer que de fato os municípios têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental, enfatizando que

É necessário ressaltar que o processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção em saúde mental envolve muito mais do que o simples deslocamento dos espaços de cuidado, envolvendo uma complexa mudança de paradigmas e de práticas no campo da saúde mental [...] trata-se de uma mudança do paradigma problema-solução/doença-cura para o paradigma da complexidade, em que o objeto deixa de ser a doença mental e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social (ZAMBENEDETTI, 2009, p. 334-335).

Diante desse contexto, a intersetorialidade, prevista na lei, é colocada em cheque. Para Yazbek (2008), a intersetorialidade aparece como o único caminho possível para o enfrentamento de situações geradas por causas múltiplas, pois ela “transcende o caráter específico de cada política e potencializa as ações desenvolvidas por essas políticas. Também, amplia a possibilidade de um atendimento integral aos cidadãos que dela se utilizam” (YAZBEK, 2008, p. 24). Se isso não ocorre, os usuários deixam de andar pelos espaços designados pela política, demonstrando que o pressuposto da inclusão pode ser reverter em exclusão.

Para ilustrar essa realidade mencionamos algumas dificuldades enfrentadas quando se fazia necessário buscar atendimento para os usuários do CAPS em outros serviços da rede municipal de saúde o despreparo dos profissionais de todos os níveis era notório, não priorizavam o atendimento, demonstravam espanto com as solicitações evidenciando que as equipes não enxergam o paciente como um todo, tem-se uma focalização dos sintomas, aquele que sofre com a doença mental está fadado a ter seus cuidados médicos restritos à área psiquiátrica, visão bastante equivocada pois restringe a existência do indivíduo ao adoecimento psíquico e sua qualidade de vida fica bastante prejudicada, pois o adoecimento mental pode predispor a outras doenças ou podem surgir outros agravos que não tenham relação com isso.

Outra explicação que achamos pertinente é feita por Magali: a associação entre um estado de loucura e o misticismo religioso. Para esta profissional,

O misticismo religioso dificultou muito no início, pois devido o candomblé na cidade de Cachoeira com forte influência na vida de muitas pessoas, eles não acreditaram que o problema dessas pessoas fossem uma doença que tinha tratamento. A crença era espiritual, acredito ser esse um entrave até hoje.

Essa assertiva permite identificar que uma parcela da comunidade cachoeirana ainda tem uma percepção da loucura fortemente ligada a fatores sobrenaturais, o que nos levar a cogitar que a representação mítica religiosa da loucura difundida na civilização grega

conforme assinalou Foucault (1994) , se reflete até os dias de hoje no imaginário da coletividade e no caso específico de Cahoeira esse sentido vai alcançar receptividade por conta do forte sincretismo religioso presente na cidade desde a sua fundação quando afluíram para essa região do recôncavo africanos de várias descendência, trazendo suas tradições religiosas do candomblé e outros cultos de matizes africanas que tem uma percepção da loucura mais voltada para valorização dos fenômenos.

Essa determinação torna comum a prática de levar o indivíduo com sinais de adoecimento mental para terreiro de candomblé antes de encaminhá-lo para consulta com especialista. A escassez de profissionais da área de psiquiatria e psicologia que prestem atendimento pela rede pública também contribui para essa situação. Fazendo-se necessárias iniciativas da equipe do CAPS que promovam essa aproximação entre a crença religiosa dos indivíduos e os recursos da medicina para tentar minorar esse problema que tem afetado uma parcela considerável da população.

Não é equivocado, do ponto de vista da análise que nos propomos a empreender neste trabalho, afirmar que o Brasil precisa encontrar um modo de fazer a política acontecer sem “atropelar” as fases que consideramos importantes no processo de implantação de uma política pública. Se analisarmos criteriosamente o percurso do CAPS Ana Neri, hoje localizado em um espaço cuja estrutura não condiz com os parâmetros da Portaria MS nº 336-02, que estabelece a organização dos CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, parece que assistimos ao que Oliveira & Passos (2007, p. 08) descreveram como um processo forçado pela urgência, no qual “correu-se o perigo da realização de uma implantação apressada frente à necessidade de uma discussão mais ampla de políticas de saúde mental pactuadas com os diferentes atores implicados: usuários, profissionais e familiares”.

Neste sentido, reforçamos que a materialização do CAPS não esgota a necessidade de uma constante inovação e renovação para que os pressupostos e a essência da política nacional de saúde não se percam no caminho e volte a reproduzir antigas práticas.

Concluída a pesquisa desejamos ter cumprido os objetivos propostos, alguns pontos podem ser visto sob outra perspectiva visto ser a pesquisa um processo dinâmico, passível de falhas e aperfeiçoamentos , as lacunas que por ventura forem detectadas se justificam por conta dessa ter sido a primeira experiência de escrever sobre determinado tema de uma forma mais pormenorizada. Na condução da entrevista esperamos ter obtido respostas satisfatórias das entrevistadas, sabendo, porém que a escolha do instrumento para coleta de dados e a postura do entrevistador influenciam nas respostas, nesse quesito observamos que uma das entrevistadas identificada como Matilde respondeu as perguntas com frases curtas, sem se aprofundar nas respostas, o que pode ser explicado pela constante solicitação de sua presença para solucionar questões relacionadas a instituição durante a realização da entrevista ou

também de evitar mencionar deficiências na instituição que podem repercutir negativamente, mesmo com o compromisso firmado que as informações são sigilosas e só serão utilizadas para fins de pesquisa.

No mais esperamos que esse trabalho desperte o interesse para a temática da saúde mental, levando a exploração do tema no meio acadêmico, estimulando novas pesquisas que possam fomentar discussões e questionamentos de pontos relevantes que possam ser melhorados a fim de que se cumpram as propostas da Política Nacional de Saúde Mental, oferecendo uma assistência psiquiátrica de qualidade. Reconhecendo que não se constitui tarefa fácil desconstruir, modificar e substituir toda uma lógica de assistência psiquiátrica centrada nas instituições asilares por uma experiência psicossocial que funcione em bases concretas e que paulatinamente consiga desfragmentar a concepção que a sociedade tem da loucura, caminhando para uma nova forma de cuidado que promova o diálogo entre a família, os indivíduos com doença mental e a sociedade.

Como forma de contribuir com esse processo relacionamos abaixo algumas sugestões:

- Fomentar a criação de associação de usuários e familiares para requisitar melhorias no atendimento, fiscalizar o uso das verbas e participar ativamente das decisões referentes ao tratamento.
- Solicitar da secretaria de saúde cursos de capacitação periódicos para os profissionais que trabalham no CAPS Ana Nery.
- Realização de concurso público que disponibilize vagas para as categorias profissionais que integram a equipe mínima do CAPS.
- Articular cooperação com instituições de ensino e pesquisa da cidade que possam contribuir para o progresso da causa da saúde mental e integração dos usuários do serviço. Como por exemplo, estagiários de cursos de Serviço Social para estudar questões relacionadas aos benefícios previdenciários, mapeamento de pessoas com doença mental em cárcere privado na cidade para buscar soluções, na área de Nutrição elaboração de cardápios priorizando alimentação saudável e possíveis restrições alimentares por conta de diabetes, hipertensão etc. os graduandos de Fisioterapia podem contribuir para atenuar problemas relacionadas a postura ou algum déficit motor, no campo da Enfermagem divulgar orientações que previnam a auto medicação, a superdosagem de medicamentos, o abandono do tratamento, orientações que previnam o acometimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, cardiopatias etc...

- Promover atividades que integrem os usuários o cotidiano da cidade, compras na feira livre, no supermercado, em lojas, visitas a museus e eventos diversos.
- Criação de leitos psiquiátricos na Santa Casa de Misericórdia de Cahoeira já que a cidade não possui Hospital Geral
- Divulgar a temática da doença mental nos meios de comunicação – rádio local, jornal como forma de desmistificar esse problema de saúde e prevenção.
- Buscar alternativas de geração de renda para usuários e familiares como cooperativas, bem como programas de capacitação e formação profissional.
- Municionar os usuários e familiares com informações que possibilitem denunciar situações de discriminação, negligência, falta de atendimento e violência.
- Criar instâncias de debate para que os modelos substitutivos não se transformem em “novos manicômios”.
- Criar mecanismos alternativos para atendimento de urgência e das crises durante o período e que o CAPS estiver fechado (fins de semana, feriados recessos de festas).
- Criar rodízios de CAPS da região para atender nos fins de semana e feriados.
- Inovar com o CAPS itinerante, parte da equipe deve sair com a disposição de identificar casos de adoecimento mental em regiões de difícil acesso, busca ativa dos usuários que abandonaram o tratamento.
- Contactar órgãos da esfera previdenciária para imprimir maior celeridade aos processos de indivíduos em adoecimento mental.
- Cabe a administração pública municipal inovar em criar vagas no seu quadro de funcionários para os usuários do serviço de saúde mental, dando-lhes treinamento e levando em consideração suas aptidões e limitações, essa iniciativa pode se estender para outras áreas como o comércio em funções como empacotadores, repositores e outras funções de acordo suas habilidades.
- Intensificar a interlocução com Rede Básica de Saúde sensibilizando para a causa.
- Estimular as instâncias de controle social a participar ativamente das decisões referentes a saúde mental no município, conselho de saúde, associações de usuários, de moradores etc..
- A administração municipal deve ir além do que está previsto na legislação da Política Nacional de Saúde e atender as necessidades do cidadão na sua totalidade, o critério populacional é apenas uma normatização cabendo iniciativas inovadoras como um abrigo para atender a população de rua ou outro modelo substitutivo que preste atendimento a uma demanda reprimida.

- Incrementar no município o Programa de Volta pra Casa como forma de reduzir o numero de internos em hospitais psiquiátricos.
- Acompanhamento rigoroso dos casos de interdição de indivíduos em sofrimento psíquico, para impedir abusos.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investidas do Movimento de Luta Antimanicomial que ao longo de várias décadas empreendeu esforços para que o tratamento dos indivíduos em estado de adoecimento mental se deslocasse para fora dos espaços circunscritos das instituições asilares, logrou êxito com a promulgação da Nova Política Nacional de Saúde Mental instituída em 2001, contudo não podemos excetuar da nossa análise certo grau de criticidade a fim de assinalar os aspectos deficitários na condução e efetivação de um de seus principais dispositivos para superação da lógica manicomial. As novas formas de organização estatal no âmbito da assistência psiquiátrica designa ao CAPS um papel central no incremento e direcionamento desta política. Via de regra o que tem ocorrido na maioria dos CAPS é que diante da multiplicidade de papéis a serem cumpridos por esse dispositivo nesse processo, tem se observado uma tendência muito grande de baixo desempenho perante as expectativas que são bastante altas.

Considerando o pouco tempo de vigência das novas regulamentações na área da assistência psiquiátrica, que entraram em vigor a pouco mais de uma década, período de tempo bastante ínfimo se comparado com a longa permanência do padrão manicomial, que se manteve hegemonicamente por vários séculos, temos que reconhecer que as dificuldades a serem enfrentadas na transposição do paradigma de asilamento para o modelo psicossocial requisita um planejamento das ações e diversos ajustes para que possam superar os desafios que surgirão continuamente a fim de constituir uma rede de serviços capaz de suprir as demandas nos diversos contextos em que a política será implantada.

O declarado repúdio de grande parte da sociedade as formas de tratamento perpetradas no interior das instituições psiquiátricas tradicionais cria a falsa ilusão de que a partir das mudanças estruturais com a introdução dos modelos substitutivos em saúde mental chancelado pela regulamentação, teremos uma aceitação instantânea dos indivíduos outrora considerados loucos, revelando uma visão simplista do pensamento coletivo. O estigma que acompanha a doença mental não será suprimido apenas com a abolição das instituições manicomiais, para além dessa determinação temos as concepções internalizadas no decorrer do tempo e que definiram o modo como o louco é visto pela sociedade atualmente, num sinal evidente que as transformações precisam ser operadas também no âmbito das relações humanas.

Ainda que diante desse entraves, o fortalecimento do trabalho em rede aparece como um fator contributivo para dirimir os efeitos dessa correlação de forças. Essa rede precisa ser composta de uma série de serviços e ações, como Centros ou Núcleos de Atenção

Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme prevista na Política Nacional de Saúde.

Outro fator que nos parece pertinente refere-se à implicação do trabalhador com as diretrizes do processo de trabalho no âmbito da saúde mental. Isso também vai dizer da qualidade das ações e serviços ofertados à população usuária.

Em linhas gerais, podemos perceber que a política de saúde mental ainda tem inúmeros desafios para se materializar enquanto política que garanta a inclusão e a reinserção daquele que possui sofrimento psíquico no convívio social. Se isto não for observado no dia a dia do CAPS corre-se o risco de reproduzir nos modelos substitutivos as mesmas práticas difundidas durante séculos nas instituições asilares.

A construção do lugar social dos indivíduos em sofrimento mental é um projeto de grande envergadura, pois irá solicitar que se repense todas as estruturas que circundam essas pessoas a família e a sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** Interface – Comuni, Saúde, Educ., v.10, n.20, p. 299-316, jul/dez 2006.

ALVES, C. F. de O. et al **Uma breve história da reforma psiquiátrica.** Neurobiologia, 72(1), jan/ mar, 2009. Disponível em [http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/).. as Fred et al Rev. OK. pdf acesso em 18 de outubro de 2012.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_, (org.). **Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Panorama ENPS, 1995.

\_\_\_\_\_, "Asilos,alienados e alienistas: uma pequena história da Psiquiatria no Brasil." In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_, PDC. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_, (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998b.

BARROS, Sérgio Rezende. **Direitos Humanos: paradoxo da civilização.** Belo Horizonte: Del Rey, p.150- 151, 2003.

BARROS, R. B. **Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais.** In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BRAGA, J.C.S. PAULA, S.G. **Saúde e Previdência.** Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Organização de Paulo Amarante).

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Por uma Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2010.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 336-02** que estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: DF, 2002. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria\\_336\\_02.asp](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp). Acesso em 17 de novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro. UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.

BECKER, Howard. **Outsiders: Estudos de sociologia do desvio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1963].

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete Salete. **Política Social: Fundamentos e História.** 5ª ed., São Paulo: Cortez, 2008 (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade do ouro no alienismo.** Rio de Janeiro: ed. Graal, 1978.

COLTRIM, Gilberto. **História Global Brasil e Geral.** 5ª ed. São Paulo: Editora: Saraiva, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro, ed. Garamond, 2007.

DELGADO, P. G. **Cidadania e Saúde Mental.** Cadernos Cepia nº 4, CEPIA, Rio de Janeiro: 1998. p. 91-104.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e psicologia.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978. Tradução: José Teixeira Coelho Netto.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo, Editora Perspectiva, 2001.

\_\_\_\_\_. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOHN, Maria Glória. **História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros.** 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 11 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia.** 11 ed. São Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil uma (re)visão. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14n.1 p. 297-305, FEB. 2009.

IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 20/11/2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6ª. ed. Reimper. São Paulo: Atlas 2009.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A luta antimanicomial: construção de um lugar.** Revista da Saúde: uma publicação do Conselho Nacional de Saúde – ano II, nº 2, Brasília: 2001.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma : medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Gilberto Andrade. **Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em Pesquisas no Brasil.** In: RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 2, n. 2, p. 8 - 18 jan./abr. 2008.

MINAYO, Maria C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

OLIVEIRA, J. A. M. PASSOS, E. **A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe.** Vivência (Natal). , v.1, p.259 - 275, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o S U S.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos critica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil.** Brasília: Thesaurus, 1996.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. p.206.

QUEIROZ, Lúcia Maria Aquino de; SOUZA, Regina Celeste de Almeida. **Caminhos do Recôncavo**: proposições de novos roteiros histórico-culturais para o Recôncavo. Salvador: [S.n], 2009.

REZENDE, Antonio Paulo. **Rumos da história: história geral e do Brasil**: volume único: ensino / Antonio Paulo Rezende, Maria Thereza Didier. 2ª ed. São Paulo: Atual, 2005.

RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma Visão Histórica**. In Costa, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de MAURI, D. **Desinstitucionalização, Uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. in ROTELLI F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D.; RISIO, C. de Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: O Social e o Político na Pós-Modernidade. São Paulo: Cortez. 2001.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos Conselhos Interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SERRANO, Alan Índio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. **A Religião e a Experiência do Sofrimento Psíquico: Escutando a Família**. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.3 n.2, p.161-168, maio/ago.2004.

SINGER, Paul et.al. **Prevenir e curar: o controle social através dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1988.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. **Dispositivos de Integração da Rede Assistencial em Saúde Mental**: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.334-345, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/16.pdf>. Acessado em 11 de outubro de 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Estado e Políticas Sociais: uma aproximação conceitual**. In SUAS; Configurando os Eixos de Mudança. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP, Brasília, MDS, 2008.