

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –  
PROPPEC  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS – CEJURPS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS – PMGPPP

**ANTECEDENTES E DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL  
NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2005)**

JULIANA DOMINGUES LEITE

Orientador: Prof. Dr. Julian Borba  
Co-orientador: Prof. MSc. Guillermo Johnson

ITAJAÍ (SC)  
2005

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –  
PROPPEC  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS – CEJURPS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS – PMGPPP

**ANTECEDENTES E DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL  
NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2005)**

JULIANA DOMINGUES LENTE

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora no  
Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas  
Públicas da Universidade do Vale do Itajaí –  
UNIVALI, sob a orientação do Prof. Dr. Julian Borba  
e co-orientação do Prof. MSc. Guillermo Johnson,  
como exigência parcial para obtenção do título de  
Mestre em Gestão de Políticas  
Públicas/Profissionalizante.**

ITAJAÍ (SC)

2005

JULIANA DOMINGUES LEITE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Avaliação da política de saúde mental no município de Blumenau  
(1988-2005)**

Aprovada em ..... de ..... de 2005

---

Prof. Dr. Julian Borba  
Orientador

---

Prof. MSc. Guillermo Johnson  
Co-Orientador

---

Prof. Dra. Edinara Teresinha de Andrade

## LISTA DE SIGLAS

- AA – Alcoólatras Anônimos
- AL'ANON – Grupo de Apoio aos familiares (adultos) de alcoolistas
- ALATEEN – Grupo de apoio aos filhos de alcoolistas
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
- CERENE – Centro de Recuperação Nova Esperança
- COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes
- DINSAN – Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FUPEMA – Fundação Pedro Machado
- FURB – Universidade Regional de Blumenau
- GAP – Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS – Instituto Nacional Médico de Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPQ – Instituto de Psiquiatria
- ISSBLU – Instituto Municipal de Seguridade Social do Servidor de Blumenau
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NA – Narcóticos Anônimos.
- NAES – Núcleo de Atenção à Saúde do Escolar
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- NOB – Normas Operacionais Básicas
- ONG's – Organizações Não-Governamentais
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PA – Pronto Atendimento
- PAM – Posto de Atendimento Médico
- PFL – Partido da Frente Liberal
- PMB – Prefeitura Municipal de Blumenau
- PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
- PROMENOR – Programa de Amparo ao Menor
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PT – Partido dos Trabalhadores
- SAPS – Serviço de Atenção Psicossocial
- SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
- SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
- SETERB – Serviço de Transporte Coletivo
- SINTRASEB – Sindicato dos Servidores Municipais de Blumenau
- SNAS/MS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
- SNDM – Serviço Nacional de Doença Mental
- SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral

## RESUMO

É recente o movimento que, em nível mundial, tenciona por uma significativa mudança no atendimento aos portadores de transtorno psíquico. Assim como também as análises da implantação dessas mudanças são ainda escassas em níveis locais. O presente estudo apresenta como uma contribuição a Avaliação das Políticas Públicas de Atendimento aos Portadores de Transtorno Psíquico no Município de Blumenau, desde a sua implantação, em 1998 até o ano corrente. Para tal, primeiramente realiza-se um resgate histórico, social e político da concepção e tratamento da doença mental no Brasil e no Mundo. Esse mesmo enfoque é dado ao contextualizarmos o atendimento a saúde mental no Estado de Santa Catarina e Município de Blumenau. A crescente demanda de portadores de transtorno psíquico aliada às dificuldades que o município vem apresentando para desenvolver uma política de atenção a Saúde Mental que garanta integralidade das ações, reabilitação e inserção social preocupa os gestores e provoca, cada vez mais, discussões acerca dos rumos da política de saúde mental que o município deve seguir. Essas questões são analisadas no decorrer deste trabalho. As informações necessárias foram obtidas a partir de pesquisas documentais, bibliográficas e entrevistas aos profissionais ligados a área de planejamento e execução da política de saúde mental desde a sua implementação. O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil já tem mais de uma década, e propôs mudanças inovadoras na Política de Atendimento ao Portador de Transtorno Psíquico. Nesse sentido, o momento atual torna-se indispensável refletir e avaliar as práticas decorrentes da sua concepção e implementação com vistas a apontar as transformações ocorridas, as dificuldades enfrentadas, as conquistas e os muitos desafios a serem encarados.

**Palavras-chave: Doença Mental, Saúde Mental, Portador de Transtorno Psíquico, Política de Atenção a Saúde Mental.**

## ABSTRACT

It is recent the movement that, in world level, it intends for a significant change in the surgery to the bearers of psychic disruption. As well as also the analyses of the implantation of those changes are still scarce in local levels. The present study presents as a contribution the Evaluation of the Public Politics of Surgery to the Bearers of Psychic disruption in the Municipal of Blumenau, from its implantation, in 1998 until the current year. For such, firstly it takes place a rescue historical, social and political of the conception and treatment of the mental disease in Brazil and in the World. That same focus is given to the putting in context the service the mental health in the State of Santa Catarina and Municipal of Blumenau. To crescent demand of bearers of psychic disruption combined to the difficulties that the municipal district comes presenting to develop a politics of attention to Mental Health that it guarantees integrality of the actions, rehabilitation and social insert worries the managers and it provokes, more and more, discussions concerning the directions of the politics of mental health that the municipal district should follow. Those subjects are analyzed in elapsing of this work. The necessary informations were obtained starting from document retrievals, bibliographical and interviews to the professionals linked to the planning area and execution of the politics of mental health from its implementation. The Movement of Psychiatric Reform in Brazil already has more than one decade, and it propose innovative changes in the Politics of Surgery to the Bearer of Psychic Disruption. In that sense, the current moment becomes indispensable to contemplate and to evaluate the current practices of its conception and implementation with views to point the happened transformations, the faced difficulties, the conquests and the many challenges to be faced.

**Word-key: Mental Disease - Mental Health - Bearer of Psychic Disruption - Politics of Attention to the Mental Health.**

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	3
<b>RESUMO</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL</b> .....	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO MUNDO.....	10
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO BRASIL.....	21
<b>CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL EM SANTA CATARINA E NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU</b> 41	
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL EM SANTA CATARINA .....	41
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU.....	46
<b>CAPÍTULO III – ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2005)</b> .....	75
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E NO MUNDO .....	75
3.2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2005).....	80
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	99

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo resgatar os aspectos históricos, sociais e políticos em nível macro, assim com realizar uma análise, que conduziram a implementação de Políticas de Atenção a Saúde Mental no município de Blumenau, desde as primeiras ações, em 1988 até o ano de 2004.

Com o fim de contextualizarmos os diversos momentos nos quais a questão da doença mental e o tratamento a ela relacionada sofreram mudanças, percorre-se desde a antiguidade, quando se atribuía aos distúrbios mentais causas demoníacas e outras explicações místicas, sendo que as pessoas que possuíam qualquer transtorno passavam por rituais dolorosos, com privação de comida e água a fim de promover a purificação do espírito e afastar os “espíritos do mal”.

O passar do tempo e a crescente supremacia do pensamento racional trouxe inovações no conhecimento das patologias psiquiátricas. As doenças mentais foram atribuídas a causas orgânicas e não mais mística. Embora a utilização de medicamentos tenha melhorado o quadro de saúde dos pacientes, esse período foi marcado por tratamentos tortuosos como o eletro-choque, a tortura, maus tratos e isolamento do doente mental. A construção de inúmeros asilos e hospícios se propagaram por todo o mundo. Nesses lugares, os pacientes ficavam a mercê de pessoas sem formação profissional, que usavam de violência com quem não “atendesse” as normas da instituição.

Na segunda metade do século XX, vivenciamos uma mudança na concepção de atendimento da Saúde Mental, que foi denominada de Reforma Psiquiátrica. Esse momento é marcante e define novos rumos para o atendimento em Saúde Mental, como a proposta de atendimento humanizada, a internação como último recurso, e, quando necessária, de curta permanência e com vistas à inserção e reabilitação, a criação de serviços substitutivos que atenda o paciente na sua comunidade, entre tantas outras propostas de melhoria no atendimento ao portador de transtorno psíquico. O Movimento de Reforma Psiquiátrica promoveu, em nível mundial a discussão dos rumos do atendimento em saúde mental.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica acompanhou a intensidade de outros movimentos sociais ocorridos no final da década de 1970. O doente



mental, no âmbito da crescente mercantilização das questões sociais, foi envolvido numa persistência do tratamento asilar, conduzindo a que as internações de longa permanência se tornem grande fonte de lucro. Um movimento encabeçado por trabalhadores em saúde mental, familiares e pacientes com transtorno mental manifestou suas críticas ao modelo hospitalocêntrico e denunciou o uso sistemático da violência nos manicômios. Os principais questionamentos traziam como preocupação a crescente privatização dos serviços em detrimento da necessidade da criação de serviços substitutivos que atendessem os usuários fora do ambiente hospitalar.

Na década de 1980, o denominado Movimento de Luta Antimanicomial ganhou destaque político e social no Brasil. O fim da ditadura potencializou as perspectivas de mudanças, abrindo oportunidade para a discussão da Política de Saúde Mental pautada na proposta de cidadania.

Nos anos 1990, assistimos a consolidação das propostas discutidas a partir da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial e verificamos a implantação de serviços substitutivos: os CAPS, NAPS, SAPS, Lares Abrigados, etc. Verificamos também que nesse período, os Estados e Municípios começam a estruturar a rede de atendimento à saúde mental.

Diante de todas essas transformações procura-se contextualizar como o Estado de Santa Catarina organizou, implantou e implementou a política de atendimento à saúde mental.

Esse percurso desemboca nas características particulares que assume no município de Blumenau e descrevemos, para posteriormente chegarmos ao objetivo desse trabalho, que é a avaliação das políticas de atenção à saúde mental, particularmente das ações relacionadas com o atendimento ao usuário, desde os primeiros registros disponíveis, que datam de 1988.

A motivação para o desenvolvimento deste tema surgiu a partir da vivência profissional, enquanto trabalhadora do CAPS por quatro anos, de 1998 até o ano de 2002. A partir da experiência foi possível constatar os inúmeros problemas e dificuldades no atendimento aos usuários portadores de Transtorno Psíquico.

A metodologia aplicada foi a Pesquisa Documental em registros documentos da SEMUS e do CAPS. Foram realizadas entrevistas com os Gestores responsáveis

pela política de Saúde Mental, bem como com as coordenações que o CAPS tem atualmente e que teve desde a instalação da institucionalidade vinculada da Reforma Psiquiátrica. Os profissionais das equipes do CAPS: Assistente Social, Enfermeiro, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar Administrativo e Psicólogo contribuíram com relatos e entrevistas.

O trabalho foi dividido conforme a seguinte organização:

O capítulo 1 contempla o resgate histórico, social e político da questão da saúde mental em nível mundial. Ainda neste capítulo, aborda-se a doença mental no Brasil; sua concepção, forma de tratamento e as políticas públicas para atendimento ao portador de transtorno psíquico, que foram sendo implementadas a partir da evolução na proposta de atendimento.

O capítulo 2 retoma o histórico da implementação das políticas de saúde mental no Estado Santa Catarina para então focalizar a descrição das Políticas de Atenção em Saúde Mental no Município de Blumenau.

A partir das informações dos capítulos anteriores, no capítulo 3, apresenta-se uma avaliação das Políticas Públicas no Município de Blumenau, desde a sua implantação, em 1998, até o ano de 2004. Essa análise das Políticas Públicas de Atenção a Saúde Mental visa expor as características que assumiram no município a estruturação do atendimento aos Portadores de Transtorno Psíquico, ao mesmo tempo em que se procura um comparativo com as diretrizes prescritas da Política de Saúde Mental em nível nacional.

Verificou-se que o Município possui uma rede estruturada, no entanto ela apresenta uma série de dificuldades que serão apresentadas e analisadas nesse trabalho. Espera-se mostrar ao leitor as características e os meandros da trajetória de implantação dos serviços, assim como oferecer elementos que permitam compreender e caracterizar o atendimento à população atualmente.

# **CAPÍTULO I**

## **CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL**

### **1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO MUNDO.**

A tentativa de reconstruir uma história tão complexa como a da doença mental é no mínimo pretensiosa, pois implica numa retrospectiva da evolução do pensamento humano que, por sua vez recebe enfoques e olhares ideológicos das mais diversas formas de conhecimento. Sendo assim, esperamos ter contemplado o que de mais importante ocorreu durante o processo de construção histórica mundial da doença mental e da psiquiatria.

Desde os tempos mais antigos, o “comportamento diferente”, que mais tarde receberia o nome de “doença mental”, existia nas diversas sociedades. A forma como era entendida sofreu muitas reformulações e conseqüentes mudanças. Na Antigüidade, as perturbações eram atribuídas a possessões demoníacas.

Segundo Alexander e Sellesnick (1980), três tendências básicas podem ser traçadas desde os tempos mais antigos:

1. A tentativa de explicar as doenças da mente em termos físicos, isto é, o Método Orgânico;
2. A tentativa de encontrar explicação psicológica para as perturbações mentais – Método Psicológico;
3. A tentativa de lidar com acontecimentos por meio de magia – Método Mágico.

De acordo com Alexander e Sellesnick (1980), o homem primitivo curava seus males por intuição e usava componentes da natureza para fabricação de remédios. Lama, folhas e raízes eram usadas no combate e tratamento a todas as doenças.

A explicação da origem da doença era atribuída de duas formas: a primeira era de que as doenças vinham por si só, sem qualquer motivo ou explicação e,

quando uma moléstia se apresentava de forma diferente das doenças que freqüentemente acometiam a antiga civilização, eram responsabilizados à ofensa de deuses, aos demônios e influências malignas. Sendo esses males tão inusitados, só através de magia, feitiçaria ou religião que poderiam ser curados ou amenizados.

Os métodos empregados pelos curandeiros variavam de rezas, súplicas, oferendas, encantamentos e exorcismo, até tortura, punição e intimidação. Achava-se que, quando a alma abandonava ou era roubada de um corpo, este adoecia de diversas formas e era função do feiticeiro devolver a alma ao corpo e apaziguá-la.

Assim como as perturbações mentais eram atribuídas à magia, outros fenômenos como a chuva, ventos e enchentes eram mandados por espíritos para castigar ou recompensar o povo.

Com o passar do tempo, o homem começou a ter um olhar mais atento sobre a natureza e os ciclos que ela obedecia. As conclusões dessa análise marcam um novo período.

Com uma percepção mais regular da natureza e seus fenômenos, o homem percebeu que fazia parte desta, e o pensamento de que cada integrante da natureza tem seu papel passou a ser usado também para entender o funcionamento do corpo humano e seu adoecimento. Os animais, as plantas e a água têm funções próprias e distintas que interagem constantemente, formando uma harmoniosa e equilibrada combinação.

Em resultado a essa análise o corpo humano revelou-se gradualmente como um aparelho físico-químico, no qual cada órgão tem uma função específica e, o não funcionamento de qualquer destes, implicaria em doença, já que este complexo e equilibrado sistema biológico é dependente e interligado. Descartes é um dos maiores defensores dessa idéia.

Na área da psiquiatria, todas essas descobertas só iriam, um pouco mais tarde, influenciar a concepção da doença mental. Incorporado o método orgânico para explicação das enfermidades, o homem se deparou com o fato de que nem todas as doenças tinham somente causas biológicas. A partir daí, começou-se a discutir superficialmente o comportamento humano. As emoções, impulsos, rejeições e repressões foram apontadas como possíveis causas de moléstia mental.

No entanto, a magia e os demônios por muito tempo foram e ainda são as causas mais aceitáveis. Idéia essa que só seria superada com as descobertas de Freud sobre o comportamento humano.

Alexander e Sellesnick (1980) destacam que várias civilizações deram valorosas contribuições ao Método Psicológico, entre estas se destacam os Romanos e Gregos.

Hipócrates, considerado o pai da Medicina, nascido em 460 a.C. foi quem primeiro buscou as causas das doenças fora do misticismo, sendo influenciado pela corrente racionalista dos gregos e escolas médicas vizinhas.

Platão (429 a.C. – 347 a.C.) e Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.), filósofos gregos, segundo Alexander e Sellesnick (1980), realizaram estudos sobre as doenças mentais e suas revelações podem ser encontradas em obras famosas como 'A República', 'As Leis', 'Timeu e Fedro' (Platão) e 'O Tratado da Alma' (Aristóteles).

Outros filósofos e médicos como Coleman, Cícero e Santo Agostinho deram grande contribuição para o entendimento da doença mental.

Na Alta Idade Média (500 a 100 d.C.), a promessa de uma vida melhor no reino dos céus e o humanismo pregado pela Igreja, influenciaram nas normas de conduta, a caridade, a fraternidade e o perdão deveriam ser praticados. Esse ideário contribuiu para uma proposta de atendimento mais humanizado aos doentes mentais.

Essa contribuição jamais seria empregada em sua essência, já que o único atendimento prestado pela Igreja, em suas próprias instituições, era o confinamento com rituais de tortura e práticas de exorcismo.

O tratamento humanitário antes cedeu lugar aos espancamentos com açoites, à privação de alimentos e a tortura indiscriminada e generalizada, ao aprisionamento com correntes, maneiras consideradas as únicas possíveis para que o demônio deixasse o corpo (RIBEIRO, 1996, p. 29).

Fruto desses pensamentos, a “caça às bruxas” foi declarada, sendo que as pessoas em estado psicótico, especialmente as mulheres, serviam como prova de manifestação demoníaca.

Essa forte associação marcou a Idade Média na história da doença mental. Cabe destacar que neste período as três tendências básicas da Psiquiatria – Os

Métodos Mágico, Orgânico e Psicológico, citados por Alexander e Sellesnick (1980, p. 27) ainda são aplicados como métodos explicativos. “Durante a última parte desse período houve uma estranha tendência na doença mental: a ampla ocorrência de perturbações mentais em grupo” (RIBEIRO, 1996, p. 28).

Há relatos de grupos inteiros de pessoas atingidos simultaneamente. Entre estes surgiu um grupo que caminhava por toda a Europa, dançando euforicamente, chicoteando-se mutuamente e praticando atitudes bizarras que só causavam mais repulsa e medo nas pessoas que assistiam o que chamavam de “circo de horrores”. Essas situações só serviam para reafirmar a presença do demônio, como indica o texto a seguir:

Um documento da Igreja, datado de 1487 e denominado *Malleus Maleficarum (O Martelo das Feiticeiras)*, foi responsável pela organização e sistematização de teorias demonológicas e formas de eliminar feiticeiras e doentes mentais, estes últimos facilmente confundidos (RIBEIRO, 1996, p. 30). [grifos no original]

Começa aí mais uma barbárie histórica que levou milhares de pessoas à morte, sendo que o instrumento para o total extermínio desse mal era a fogueira. É criada pela Igreja a Inquisição, formada por representantes cristãos que se espalhavam nas mais diversas partes para verificar, julgar e condenar as práticas de bruxaria e as possessões do demônio.

Segundo Ribeiro (1996), a corrente de pensamentos que ligava a doença mental ao misticismo persistiu até metade do século XVIII, sendo responsáveis por torturas, mortes, segregação e violência de todo o tipo. A utilização de correntes, celas escuras e confinamento eram práticas comumente aplicadas aos “loucos”.

O período da Renascença (Séculos XV e XVI) trouxe mudanças expressivas no pensamento europeu. As crenças dogmáticas foram aos poucos sendo substituídas por um pensamento racional e científico.

Especificamente na área da Psiquiatria, três importantes nomes defenderam o pensamento de que as pessoas mandadas a fogueira eram, na verdade, doentes mentais necessitando de tratamento. Alexander e Sellesnick (1980) citam importantes personagens na desconstrução desse movimento, como o médico Paracelso (1493-1541) que combateu fortemente a Inquisição e Johann Weyer (1515-1588) publicou um livro onde criticava o manual – Martelo das Bruxas.

Reginaldo Scot (1538-1599) negava os casos de possessão e bruxaria, tendo feito um estudo completo sobre esses temas.

Lentamente o pensamento científico e racional foi substituindo a crença e a superstição. No entanto, os doentes mentais permaneceram ainda longo tempo expostos a toda sorte de crueldade.

No século XVIII, todo o cenário da economia mundial começa a modificar-se. O modelo de produção feudal, com fins de subsistência, foi substituído pelo modo de produção capitalista, visando o lucro e acúmulo de capital.

[...] é precisamente nessa fase de expansão sem precedentes do modo de produção capitalista, faminta de braços para as linhas industriais, que o controle da saúde das classes sociais subalternizadas conhece igualmente uma expansão até então inédita: trata-se de fazer com que esses indivíduos tornem-se mais aptos para o trabalho fabril, o que atende à lógica burguesa (GONÇALVES, 1983, p. 24).

A idéia de um sistema funcional, defendida pela sociologia positivista através de Comte e posteriormente Durckheim, contribuiu significativamente para a formulação de padrões ou modelos de conduta, classificados em “normal” e “anormal”, sendo que os doentes mentais estariam incluídos neste segundo conceito.

Talvez essa tenha sido a forma mais “científica”, por assim dizer, de diferenciar, no campo social, os doentes mentais dos indivíduos ditos normais. Outra questão, de fundamental importância no processo histórico da psiquiatrização do social refere-se à postura do Estado frente à numerosa e crescente população de “loucos”, ou seja, de indivíduos principalmente “improdutivos”: “Desde a sua criação, o ‘doente mental’ – antigo louco é considerado pela psiquiatria um ser improdutivo para a sociedade, pois desvia, de certa forma, os que cercam e a si próprios das atividades consideradas produtivas” (SANTOS, 1994, p. 15).

A construção de inúmeros asilos e hospícios legitimou esse poder coercitivo e controlador de Estado, situação essa que perdurou por muitas décadas.

Descobertas nos mais distintos ramos da ciência, como Matemática, Medicina, Química e Filosofia, contribuíram para a reafirmação de algo que logo se tornaria Ciência: a Psicologia.

Em 1764, o Filósofo Emmanuel Kant publicou um ‘Ensaio sobre as Doenças Mentais’. A partir desse período iniciava-se uma nova fase na história da doença mental.

Grande personalidade da História da Psiquiatria, Philippe Pinel (1745-1826), diretor do Hospital La Bicetrê em Paris, influenciado por uma série de novas perspectivas de atendimento ao doente mental, decidiu oferecer um atendimento mais humanitário aos seus internos. Entre diversas ações, removeu as correntes, retirou internos da masmorra e melhorou consideravelmente as acomodações, tornando-as mais limpas e iluminadas. Cabe destacar que essas mudanças tiveram como objetivo principal propiciar ao louco um espaço adequado, de certa forma, “salubre”, para que a loucura pudesse ser observada e analisada. Seus princípios tendiam mais ao cientificismo do que ao humanismo, embora o tenha praticado ao remover as correntes e melhorar as condições físicas dos hospícios. Para que pudesse observar a loucura de perto, Pinel não evoluiu no que diz respeito ao tempo de internação e contribuiu para a reafirmação do modelo de tratamento já empregado – o asilar.

A partir de suas análises, Pinel elaborou um sistema de classificação das doenças mentais em melancolias, manias com e sem delírio e demência. As atitudes de Philippe Pinel, segundo Alexander e Sellesnick (1980), influenciaram outros nomes importantes nesse novo momento da psiquiatria como Jean Esquirol, William Tukee e Benjamim Rush.

A proposta de aperfeiçoamento fortaleceu novas visões teórico práticas nos pensamentos de Franco Basaglia, Michel Foucault, Thomas Szasz, David Cooper, Ronald Laing, José Bleger, Guilhem de Albuquerque e G. Leplastrier. Mesmo sendo de origens distintas, de profissão e formas diferentes de pensar, todos contribuíram com as mais diversas formas de conhecimento para o desenvolvimento do entendimento da doença mental e formas de tratamento mais humanitárias aos portadores dessa patologia.

Suas contribuições influenciaram o modelo de saúde vigente na década de 1970, concebido como “curativo” passa por reformulações sendo que a prevenção torna-se o foco das políticas voltadas para o atendimento em saúde. A prevenção e atuação multiprofissional passam a ser incorporadas no conceito de saúde:



A mudança de enfoque – saúde ao invés de doença e uma visão holística do indivíduo trouxeram uma ampliação muito grande nas atividades antes ditas psiquiátricas. O hospício, o asilo e a “loucura”, deixam de ser vistos como o ponto central de atendimento psiquiátrico, e cedem lugar à ação de “novos” profissionais, a novas abordagens, novos conceitos e novas formas de tratamento e prevenção (RIBEIRO, 1996, p. 32).

Cabe destacar que, embora muito se tenha discutido e defendido esses princípios, o atendimento em saúde não conseguiu modificar-se e, ainda hoje só conseguimos atuar quando a “doença” já está instalada, e muito pouco se consegue realizar em prevenção e promoção em saúde.

Na década de 1970, a psiquiatria, até então pouco valorizada como especialidade médica passa a ser considerada Ciência da Saúde Mental. O “saber médico”, a partir daí, intitulado como ciência, também permitiu uma nova forma de controle capaz de promover uma segura distância entre a sociedade e os loucos, usando para isso, a argumentação do comportamento esperado e permitido versus loucura e perigo social, este último sendo freqüentemente aplicado aos mendigos, alcoólatras, prostitutas, pecadores e indigentes. Santos, citando Porter (1994, p. 15), coloca que a bebida excessiva tornou-se a doença mental do alcoolismo, “[...] assim como os abusos sexuais tais como a sodomia foram psiquiatrizados na ‘neurose homossexual’ e toda uma série de outras perversões eróticas foram catalogadas pela psicopatologia.”

Assim, a Psiquiatria, sob o escudo do “saber médico”, passou a ser usada como instrumento de controle social. O Estado aliou-se a Psiquiatria, legitimando ainda mais o seu poder, através de ações impregnadas na lógica capitalista e coercitiva, separando devida e propositalmente os “produtivos” dos “improdutivos”, os “normais” dos “anormais” e os “pobres” dos “ricos”.

“A impregnação pelos discursos médicos da saúde mental atinge toda a vida social, buscando transformar problemas políticos e sociais em problemas médicos que tratam de tudo e de todos, respondendo à demanda de saúde e criando-se para viabilizar o poder do Estado.” (GONÇALVES, 1983, p. 33)

Várias linhas de pensamento da psicologia desenvolveram-se. Em 1879 é fundado por Wilhem Wundt (1832-1920) o primeiro Laboratório de Psicologia. John Broadus Watson (1878-1958), a partir de estudos sobre condicionamento criou o

behaviorismo ou Psicologia do Comportamento. Alguns anos depois, surge o termo Psicologia Clínica, usado pela primeira vez pelo americano W. Hunter em sua obra 'Human Behavior', de 1928, conforme relato de Alexander e Sellesnick (1989). Não obstante, é bem mais tarde que o francês Daniel Lagache, em 1942, descreve e apresenta a Psicologia Clínica tal como hoje é ainda entendida.

Assim, a era moderna firmava uma linha teórica denominada "organicista", que se tornou uma das orientações seguidas pela psiquiatria a partir do século XIX, contrapondo-se ao aparecimento e desenvolvimento de uma outra linha de pensamento: o ponto de vista psicológico que igualmente iria se impor, norteador do tratamento e o estudo da etiologia dos distúrbios mentais. É deste período o surgimento da Psicologia enquanto ciência (RIBEIRO, 1996, p. 32).

Para muitos, a maior contribuição recebida para a compreensão das doenças mentais veio a partir das descobertas de Sigmund Freud (1856-1939) que datam do fim do século XIX. Seus princípios foram responsáveis pelo aparecimento da primeira teoria compreensiva da personalidade baseada em observação.

Freud influenciou toda uma era com suas descobertas e explicações acerca do comportamento humano. Segundo Alexander e Sellesnick (1980, p. 247), as contribuições de Freud à ciência, à psiquiatria e à psicologia foram de quatro espécies:

1. contribuições à anatomia do sistema nervoso e à neurologia;
2. estudos sobre hipnotismo e histeria;
3. demonstração e estudo dos fenômenos inconscientes e do desenvolvimento do método psicanalítico de tratamento;
4. sistemáticas investigações sobre a personalidade humana e a estrutura da sociedade.

A Psicanálise consolida-se definitivamente enquanto escola de Psicologia e Método Terapêutico. A Sociedade se moderniza, ampliam-se os estudos sobre a mente, e outros nomes, além de Freud, se destacam: Jung e Adler; Wilhem Reich (1857-1957); Carl Rogers (1902-1987) e Abraham Maslow (1908-1970).

Em 1913, segundo relato de Alexander e Sellesnick (1980), o alemão Karl Jaspers publica 'Psicopatologia Geral', ainda hoje considerada obra prima da

Psiquiatria, responsável por inovadoras mudanças na investigação das doenças mentais.

Entre os anos de 1935-36 o português Egas Moniz (1874-1955) desenvolveu uma técnica cirúrgica, que consistia na remoção de partes de lóbulos frontais do cérebro (lobotomia), sendo seu uso indicado nos casos de Esquizofrenia e Paranóia. Outras técnicas como a eletroconvulsoterapia<sup>1</sup> e choque insulínico<sup>2</sup> são aplicados na tentativa de conseguir uma cura para a doença mental. Essas técnicas deixaram milhares de pessoas em “estado vegetativo”, confinadas a um estado definitivo de apatia, mantendo apenas funções fisiológicas de sobrevivência.

Em 1938, os psiquiatras italianos Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964) começaram a empregar o eletrochoque em psicoses maníaco-depressivas. Em 1945 Jonh Cade (1912-1981) introduziu o Carbonato de Lítio no tratamento de psicoses maníaco-depressivas. Posteriormente houve a descoberta da Clorpromazina, usada como tranqüilizante e, em 1952 é descoberto o primeiro antidepressivo – Imipramina, pelo suíço Roland Kuhn.

Os avanços da ciência e genética aliada a descobertas e aperfeiçoamento de medicamentos propiciaram grandes avanços na redução dos sintomas. Concomitante a isso, as psicoterapias se desenvolveram continuamente.

Outro importante e inovador modelo de atuação em Saúde Mental nessa década foi o de Gerald Caplan, que propõe a Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária: “A Psiquiatria Comunitária teve papel fundamental para o questionamento das internações psiquiátricas, para o desenvolvimento e aprimoramento do atendimento ambulatorial.” (RIBEIRO, 1996, p. 46)

Esse novo modelo, segundo Alexander e Sellesnick (1980, p. 346) diferencia-se por quatro principais motivos:

1. identificação das necessidades de Saúde Mental da população com enfoque na prevenção e envolvimento de cidadãos e atores sociais no planejamento das ações em saúde mental;

---

<sup>1</sup> Eletroconvulsoterapia ou eletrochoque = consiste na aplicação de uma corrente elétrica nas regiões bitemporais, gerando uma crise convulsiva no paciente.

<sup>2</sup> Choque insulínico = consite na aplicação de insulina por via endovenosa com fim de promover um choque orgânico, que acreditava-se ser benéfico no tratamento de transtornos psiquiátricos graves.

2. propõe atendimento por equipe interdisciplinar e valoriza as diversas contribuições que esses profissionais relatam a partir de sua formação acadêmica;
3. propicia maior interação entre o paciente e a equipe, além de promover a explicação e orientação sobre a patologia aos pacientes e seus familiares;
4. prevenção baseada nos princípios de Saúde Pública nos níveis primário, secundário e terciário<sup>3</sup>.

Os estudos de Caplan contribuíram significativamente para as transformações nos serviços de assistência psiquiátrica prestados a população. Junto a esse movimento, outros profissionais passam a atuar na área psiquiátrica. A Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Educação Física tornam-se profissões integradas em equipes interdisciplinares.

É nesse contexto de mudanças que surgem as elaborações do italiano Franco Basaglia, que criticou duramente os manicômios, propondo a desinstitucionalização através de aparatos legais que permitissem o paciente a receber tratamento específico fora do hospital.

Basaglia, citado por Santos (1994, p. 22), tece críticas à psiquiatria clássica: “[...] um instituto de vigilância onde a ideologia médica constituiu um fator para legitimar uma violência que nenhum órgão pode controlar, já que o mandato confiado ao psiquiatra é total [...].”

Com Basaglia, inicia-se o movimento denominado Reforma Psiquiátrica, que tem seus princípios baseados no direito e cidadania.

A Reforma Psiquiátrica Italiana ocorreu com a aprovação da lei 180, de 1978, que em substituição a uma lei mais antiga, de 1904, determina o seguinte: proibição de construir novos hospícios e de reformas ou restaurações nos já existentes; reorganização do atendimento psiquiátrico; os doentes mentais passam a ter garantia de seus direitos sociais e da cidadania; eliminação gradativa da internação psiquiátrica e criação de serviços de Saúde Mental que venham substituir a internação (RUSSO, 1993, p. 139).

---

<sup>3</sup> Com a implantação do SUS em 1990, os atendimentos foram direcionados conforme o grau de complexidade. A rede primária compreende os atendimentos realizados pelos Postos de Saúde ou Ambulatórios Gerais, distribuídos territorialmente pelos bairros. Os serviços de referência foram denominados de rede secundária e os hospitais de rede terciária.

As propostas de Basaglia influenciaram internacionalmente a concepção do tratamento psiquiátrico e servem até a atualidade como modelo de desenvolvimento das políticas direcionadas à Saúde Mental e a necessidade de atendimento mais humanizado aos doentes mentais.

Basaglia abriu precedentes para a Reforma Psiquiátrica Mundial, que, nessa mesma proporção continua a ser discutida e inovada por diversos profissionais.

Freqüentemente nos chegam, através da mídia ou publicações, descobertas nos mais distintos ramos da ciência. A genética, a neurologia, a psiquiatria, bem como outras áreas de conhecimento estão sempre em busca de explicações para o que nos é ainda extremamente complexo: o comportamento humano.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO BRASIL

Segundo Russo (1993), diferente do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia estabelecimentos que “acolhessem” os doentes mentais no Brasil. São poucos os relatos sobre a doença mental e seu tratamento nesse período.

Amarante (1996) coloca que os doentes mentais só vieram a ser motivo de “preocupação” após a chegada da Família Imperial, que, ao assumir o poder pretendia promover o rápido crescimento e desenvolvimento das cidades e populações. Para que isso fosse possível, torna-se necessário o Controle Social, que consistia em afastar ou esconder os andarilhos, bêbados e prostitutas que vagavam pelas ruas, ou qualquer outra situação que explicitasse a pobreza ou a conduta “inapropriada” aos padrões impostos pelo Império. A medicina serviu como um dos mecanismos na efetivação desse controle.

Em 1830, segundo o mesmo autor, membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizam um estudo da situação dos doentes mentais na cidade. Os dados obtidos apontam para a necessidade de um espaço próprio, que tratasse e mantivesse distantes os inúmeros indivíduos que “[...] eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora

em asilos de mendigos , ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia” (RUSSO, 1996, p. 74).

Juliano Moreira, personagem importante da História da Psiquiatria Brasileira, que resgataremos mais à frente, descreve o destino dos doentes mentais no período colonial, fato raro, pois o reduzido número de registros revela que o silêncio deveria ser sempre mantido.

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses . Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas do doente permitiam e, nos parentes, por si ou por conselho médico, se assegurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-no em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. (MOREIRA *apud* RUSSO, 1993, p. 38):

Por tratar-se de um país colonizado, sem normas de conduta e moral originárias, estas foram sendo recriadas a partir de modelos de sociedades consideradas mais corretas e adequadas. O crescente processo de migração gerou o rápido crescimento e desenvolvimento das cidades e sua população. Os indivíduos inapropriados para o trabalho, mendigos, prostitutas ou qualquer outro que não empregasse as recentes normas de conduta e moral impostas, passaram a ser excluídos do convívio social.

O atendimento à saúde, de uma forma geral, era realizado pelas Santas Casas, que tinham como lema, segundo Botega (1993, p. 25): “[...] educar os enjeitados, libertar os cativos, acudir os presos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tivesse sede, dar pousada aos peregrinos, curar os enfermos, acompanhar e enterrar os mortos.”

Para atender essa crescente demanda, em 05 de dezembro de 1852, através do decreto imperial é inaugurado o Hospício Pedro II, na localidade de Praia Vermelha no Rio de Janeiro. A criação de imponente obra revela a preocupação do Império em afastar os “alienados”, assim denominados na época, do convívio social. Estarrece a forma de tratamento dado aos doentes mentais:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares escoavam pelos

corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes faziam com os punhos amarrados [...]. Cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético [...] os braços livres que restavam, fora dos manguitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. [...]. Diariamente o chamado carro forte da polícia despejava à porta do instituto, com guias dos delegados, magotes e loucos de todo o gênero [...]. Os loucos, com os pés e mãos atados [...] eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta e o relho mestre, vibrado por braços habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumento de sevícias (RODRIGUES, 1974, p. 53).

Nesses espaços, assim como na maioria dos lugares do mundo, loucos, pobres, indigentes, prostitutas, bandidos, bêbados ou qualquer pessoa que apresentasse problemas no relacionamento familiar ou conflitos por divisões de herança, eram encarcerados no Hospício, lugar onde, na maioria das vezes passariam o resto de suas vidas.

O médico Juliano Moreira, no final do século XIX, atribuía os problemas da assistência psiquiátrica brasileira ao povo português, que descobriu e colonizou o País. Seguindo tendências do modelo europeu, segundo ele, demoraram a perceber e a tratar adequadamente os doentes mentais. Sendo assim, o único “tratamento” que poderia ser oferecido era o confinamento (RODRIGUES, 1974).

A ausência ou a pequena quantidade de médicos com formação específica na área de Psiquiatria tornou-se uma das causas na demora de atendimento especializado. Médicos sem preparo e curandeiros tratavam os doentes mentais.

Essa situação foi se revertendo à medida que a medicina inovava e reivindicava para si a direção do Hospício, que era de responsabilidade da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e da Igreja, representada pela Irmandade São Vicente. Justificavam seu pedido utilizando como argumentos à necessidade de respeitabilidade da medicina mental, já que o tratamento oferecido pelo hospício recebia críticas constantes, além disso, afirmavam que o tecnicismo médico poderia e deveria produzir conhecimentos para a melhoria do atual tratamento oferecido.

Nesse momento, segundo Russo (1993), os antigos Colégios Médicos Cirúrgicos do Rio de Janeiro e da Bahia são transformados em Faculdades de Medicina, seguindo princípios elaborados pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Russo elabora uma análise de todo esse processo:

Este é, portanto, um momento em que os médicos tratam não só de se organizar enquanto categoria profissional, propondo em controle mais rigoroso da atribuição do título de médico, quanto de consolidar sua influência – como arautos da modernidade – sobre a sociedade brasileira, recém saída de uma tutela colonial, buscando, neste sentido, se afirmar enquanto nação. Essa afirmação, se de um lado implicava na afirmação concomitante de uma unidade e de uma nacionalidade, por outro lado colocava o problema da identidade de um povo multi-racial, heterogêneo, disperso numa área demasiado extensa, razoavelmente indisciplinado e, do ponto de vista do Estado, desorganizado. O discurso médico volta-se para essa questão, propondo dispositivos de enquadrinamento, classificação e controle da população. O hospício era um deles (RUSSO, 1993, p. 9).

Segundo Amarante (1996), após a Proclamação à República, em 1889, ocorrem várias mudanças e, em 1890, O Hospício Pedro II muda seu nome para Hospício Nacional de Alienados. A administração dessas instituições é repassada para a esfera pública. São criadas duas colônias para o atendimento de “alienados”, ambas localizadas no Rio de Janeiro. Posteriormente são criadas uma colônia em São Paulo e uma no interior do Estado do Rio de Janeiro. Também é criada a Assistência Médico–Legal aos Alienados, primeira instituição de saúde pública estabelecida pela República (GONÇALVES, 1983).

Esse conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação de colônias na assistência aos doentes mentais [...]. A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho (AMARANTE, 1996, p. 76).

Esse período é marcado pela crescente ampliação e construção de hospícios e asilos por todo o País. É criada a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina e a primeira escola de enfermagem que direciona a formação para a especialidade de psiquiatria.

Segundo Gonçalves (1983, p. 30), em 1927, “A Assistência aos Alienados passa a ser denominada Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, refletindo as preocupações médicas da época com a profilaxia pré-ocupacional e de higiene mental”.

“O primeiro projeto de gestão social dos problemas de saúde mental, no país, foi o da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, fundada em 1923.” (CHAVES, 1995, p. 60). Entre as ações da Liga Nacional de Higiene Mental, destaca-se, pela repulsa que causa, a exigência da esterilização dos doentes



mentais, à extinção da miscigenação e a proibição da imigração de qualquer outra raça, senão a branca. Essas influências são repercussões vindas da Europa, onde estavam vivendo a ascensão do fascismo e nazismo.

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, esta passa a assumir a responsabilidade pelos denominados psicopatas. “São então sistematizados as propostas de psiquiatria clínica e forense que dispõem, de fato, acerca da assistência e proteção às pessoas e aos bens dos considerados psicopatas, bem como a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências” (GONÇALVES, 1983, p. 31). Essa relação entre a medicina legal e psiquiátrica e também a cidadania, é discutida por Russo:

Médicos legistas e psiquiatras buscavam definir através do *conhecimento médico* algo que até então era prerrogativa da esfera jurídica: até que ponto um cidadão era responsável por seus atos – e, portanto livre. Estava em jogo aí, a própria concepção de cidadania e dos direitos civis que a acompanham. Isto é, tratava-se de separar os indivíduos livres e iguais – donos de si – daqueles passíveis de serem tutelados pelo Estado. Vemos, portanto, que o hospício enquanto marca da modernidade científica, e com ele a psiquiatria, não surgem por acaso nesse momento de nossa história (RUSSO, 1993, p. 9). [grifos do original]

Sob esta perspectiva o Estado, através de aparatos legais e médicos, amplia sua dominação, negando o direito à cidadania e a liberdade das diferenças.

No final da década de 1930, segundo Gonçalves (1983), outras técnicas de tratamento, de origem francesa e européia começam a ser aplicadas no Brasil. Lobotomia, choque insulínico e cardiazólico e a eletroconvulsoterapia, que, apesar de mostrarem-se técnicas de risco, além de agressivas, foram muito aplicadas na esperança de uma cura para a doença mental. Muitas pessoas morreram ou passaram o resto de suas vidas “vegetando” por terem sido expostas a práticas desumanas de tratamento, como as já citadas.

Santos (1994) aponta outros fatos históricos importantes no processo de “institucionalização da loucura” como o da separação do curso de Clínica Psiquiátrica do de Neurologia, ocorrido em 1936. Em 1938 ocorre, através do decreto lei 591, a criação do Instituto de Psiquiatria, substituindo o anterior Instituto de Psicopatologia.

Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, sendo este, responsável pela criação de políticas para esta área. No entanto, isso só aconteceria

em 1944, através do decreto lei 7055, quando são legitimadas em nível nacional, as deliberações desse órgão.

Uma das ações que mais contribuiu para a construção e ampliação de hospícios teve como mediador o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que estabeleceu parceria com os Estados a fim de estruturar ou criar rede de serviços psiquiátricos.

Em meio a essas transformações, chegaram ao Brasil, na década de 1950 as descobertas farmacológicas que, de certa forma, contribuíram para a diminuição dos maus tratos, já que os doentes medicados tornavam-se mais sociáveis. Além disso, os hospitais tornaram-se grande fonte de lucro para os laboratórios, e estes para o hospital, o que gerou uma conveniência econômica para ambos.

O furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que, nem sempre, é “tecnicamente orientada”, muitas vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMARANTE, 1996, p. 79).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, que reordenará a área de abrangência de atendimento em saúde mental, como veremos posteriormente. Outro fato importante ocorrido nesse período foi às novas orientações da Organização Mundial de Saúde, que recomendava o aumento de investimentos nas ações em Saúde Mental. Santos revela mais sobre as novas determinações:

Neste contexto, não cabiam mais os termos “asilos”, “hospícios”, “alienistas”, pois o código brasileiro de saúde – seguindo a orientação da O.M.S., que desde após a segunda guerra passou a definir saúde como bem estar físico, mental e social, ao mesmo tempo que substituiu o termo “doença mental” por “saúde mental” – condenou fortemente tais denominações, passando-os essencialmente a categoria médica (SANTOS, 1994, p. 44).

A assistência psiquiátrica, a partir daí, deveria ser incorporada nos três recentes níveis de atendimento em saúde: primário, secundário e terciário, dando início à proposta de descentralização nas ações em saúde mental. Vários profissionais foram sendo integrados em equipes de Saúde Mental, atendendo ao princípio da mais recente inovação em assistência psiquiátrica: A Psiquiatria

Comunitária, que deveria ser realizada por equipe multiprofissional, recebendo enfoques psicológicos e sociais no diagnóstico e tratamento. “Tais concepções inter-relacionadas levariam a uma política de mais leitos psiquiátricos, de equipes multiprofissionais e de uma concepção não só biológica mas também psicológica e social da gênese e tratamento das doenças mentais” (SANTOS,1994, p. 49).

Embora a assistência em Saúde Mental tenha “melhorado” muito com a proposta da Psiquiatria Comunitária, as internações asilares e a medicina hospitalocêntrica ainda eram largamente utilizados, e todos os indivíduos que desafiavam a norma, a razão, eram encarcerados e excluídos do convívio social.

Várias experiências foram sendo realizadas, além da psiquiatria preventiva e comunitária a de antipsiquiatria, de psiquiatria de setor, de comunidades terapêuticas e de psicoterapia institucional que passam a ser aplicadas isoladamente, ou em grupos e serviços específicos acabando por não conseguir efetivar-se como proposta de mudança. Sendo que “[...] muito deste insucesso deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde” (AMARANTE, 1996, p. 79).

Nos anos 1960, influenciados pela corrente de mudanças ocorridas na Europa e Estados Unidos, a prática psiquiátrica foi novamente discutida, principalmente no que diz respeito à ineficácia da internação prolongada e de asilamento. A psicologia acompanhou esse movimento e marcou de forma significativa sua importância, participando ativamente das discussões.

Na década de 1960, “[...] reconhecidamente marcada pelo Golpe Militar de 64, pela revolução cubana, [...], cujo marco fundamental foi a “Aliança para o Progresso”, entre os países da América Latina, a saúde já era organizada.” (CHAVES, 1995, p. 10). Investia-se muito na assistência hospitalar, voltada para o modelo curativo, atendendo a tendência do capitalismo, que avançava em tecnologia medicamentosa e de equipamentos para a rede hospitalar. “O Sistema Nacional de Saúde instituído após 64 seguiu o modelo autoritário-burocrático implantado em todo país. De ‘cima para baixo’, sem a participação dos profissionais do setor e da sociedade em geral, e de caráter privatizante” (TEIXEIRA, 1989, p. 92).

[...] acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde: [...] viabilização de um complexo médico industrial com a

crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos (Idem, p. 27).

Na Assistência e Previdência Social também ocorrem reformulações, segundo Shirakawa, 1994):

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, surge como marco oficial do processo de centralização política dos sistemas de saúde pública. A assistência passava a ser localizada nos centros das metrópoles onde se concentravam os vários especialistas. O hospital aparece como o único e principal local de assistência à saúde. A partir desse período, mesmo com o Estado tendo assumido a responsabilidade pela saúde pública, a situação desta no país, manteve-se sem solução. [...] O fato de o Governo Federal ter sido o responsável por toda saúde pública no país, fez com que os Governos e Estados e Municípios se ausentassem dessa responsabilidade. Assim, as decisões centralizadoras do sistema de saúde e atenção primária tomavam uma distância que produziu uma série de falhas na assistência ao usuário deste sistema.

Os problemas, não ocorriam somente na Assistência Psiquiátrica, mas em diversos setores da economia, assistência e política. Especificamente na área da saúde mental, embora os princípios da medicina preventiva e comunitária tenham sido aceitos, a aplicabilidade deles seria dificultada por vários fatores, como o alto investimento nos níveis terciários, o que explicita ainda a tendência do modelo curativo em detrimento dos níveis básicos para a implantação de novas propostas, que teriam como agentes principais o investimento nos níveis primário e secundário.

Nesse período, Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica na Itália, visita o Brasil e divulga as novas tendências na assistência psiquiátrica. Devido à ampla discussão mundial em torno da Saúde Mental, o ano de 1960, foi intitulado o “Ano Internacional da Saúde Mental”, onde as propostas de psiquiatria comunitária e preventiva foram amplamente disseminadas e discutidas em todos os países. “O Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, realizado em Caracas, em 1961, é um marco teórico-conceitual do início dos anos 60, onde a psiquiatria preventivo-comunitária aparecia claramente” (CHAVES, 1995, p. 68).

A década de 1960, foi marcada por fatos importantes que não podem ser separados ao analisarmos a questão da Saúde Mental no país, como o crescimento populacional, a má distribuição de renda e a incorporação dos princípios da psiquiatria preventiva e comunitária.

As propostas mais inovadoras, ou pelo menos aquelas que buscam uma alternativa não manicomial, mesmo partindo de organismos oficiais, como é o caso dos planos de psiquiatria preventiva e comunitária, e de comunidades terapêuticas, a exemplo do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), além de outras propostas de atenção primária, encontram dificuldades sérias, seja por não enfrentarem adequadamente a idéia de superação dos asilos, seja pela barreira de resistência levantada pelos empresários e suas representações no aparelho do Estado (AMARANTE, 1996, p. 80).

Nessa rede de discussão de novos paradigmas, as recentes comunidades terapêuticas criam um movimento, que questiona a prática médica e asilar e propõe que a psiquiatria preventiva e comunitária se estenda também aos hospícios. Os médicos psiquiatras também apontam mudanças e redirecionam o foco de doença para saúde mental.

A Psiquiatria Comunitária inseria-se no projeto de reformulação de toda assistência médica e constitui-se em uma das estratégias do “planejamento global das ações em saúde”. Dentre os princípios norteadores deste projeto, a saúde era concebida como um bem universal de todos os cidadãos, para o alcance do “bem-estar-social” e, portanto vinculada diretamente ao poder do Estado (CHAVES, 1995, p. 68).

O lançamento do Programa Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, contribuiu para solidificar, ainda mais, as bases da psiquiatria preventiva e comunitária em nível mundial. No entanto, ao contrário do que se pretendia, mais hospitais psiquiátricos foram construídos, sendo que, a manutenção dessas instituições, antes de responsabilidade dos Institutos de Pensões e Aposentadorias é repassada para a Previdência Social Brasileira, através da lei orgânica de 1960, art. 119.

Em 1964, quando os militares tomaram o poder, os movimentos sociais emudeceram. No setor financeiro e de desenvolvimento, ocorreu o denominado “Milagre Brasileiro”, que aqueceu a economia e o desenvolvimento do país, mas que abrangeu somente alguns segmentos da população, como coloca Santos (1994, p. 67): “Neste período, militares, tecnocratas, firmas internacionais, a burguesia associada – que inclui banqueiros, industriais e exportadores – e, ainda, uma nova classe média ascendente viveram momentos de euforia não compartilhados pela classe trabalhadora.”

Investiu-se muito em todos os setores da economia. Esperava-se um desenvolvimento acelerado e, para isso, várias medidas foram tomadas pelo governo militar, como a extinção de direitos trabalhistas, a redução de salários, extinção da estabilidade, desmantelamento de organizações sindicais e estudantis, além do ordenamento de prisões, mortes e tortura.

O hospital psiquiátrico teve importante papel nesse processo, já que muitos integrantes, ligados ao movimento de resistência, foram internados como forma de inibir a participação e manifestação nos crescentes movimentos sociais que se opunham à ditadura.

Ainda nesse período, boa parte dos hospitais psiquiátricos foi privatizada, aumentando consideravelmente suas ocupações. Embora o discurso de prevenção fosse adotado, continuou-se investindo na construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, sendo mínimo o investimento na rede de serviços ambulatoriais.

Com a criação do INPS em 1966 – através do decreto-lei 72 – mas efetivamente implantado em 1967, os vários institutos de aposentadoria foram aglutinados num único organismo estendendo-se em consequência, a previdência social a novos segmentos da população [...] O estado ampliou os subsídios para o desenvolvimento da ação tuteladora psiquiátrica privada que ampliou o convênio com o INPS, fazendo com que os serviços públicos, se tornassem, paulatinamente, menos significativos [...] (SANTOS, 1994, p. 60).

O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS passou a normatizar o sistema psiquiátrico e estabeleceu “parceria” com o Serviço Nacional de Saúde Mental que tinha como atribuições planejar, coordenar, estimular, recuperar e prevenir. O atendimento da rede de serviço hospitalar psiquiátrico, em sua maioria privatizada, passou a ser ainda mais utilizada. Esse estímulo partia do próprio governo, que, ao motivar o credenciamento, propiciou que os doentes mentais, se tornassem, mais uma vez, fonte de lucro.

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia, no setor de saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. [...] Chega-se ao ponto de a P.S destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar (AMARANTE, 1996, p. 79).

Nesse período, devido ao aumento de custos com internações psiquiátricas, o Governo começa a preocupar-se em obter dados estatísticos para que as ações em saúde mental fossem planejadas e racionalizadas. Essa preocupação impulsionou a criação de Campanhas de Saúde Pública e na implantação da Campanha Nacional de Saúde Mental, que contribuiu para firmar o princípio de psiquiatria preventiva e comunitária.

Embora o discurso oficial apontasse para a necessidade de resolver o problema do alto número de internações, e para a necessidade de diminuir os gastos do Estado, o que ocorreu na realidade foi a cronificação dos problemas, o que levou a um número maior de internações, alto tempo médio dessas internações e a muito pouca eficiência no que diz respeito ao tratamento em si [...] (SANTOS, 1994, p. 62).

Em 1968 foi criada uma comissão permanente para assuntos em psiquiatria. Três anos depois, em 1971, foi constituído, segundo Santos (1994), um “grupo de trabalho” designado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em nível nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica.

A década de 1970 foi marcada por uma crise política-econômica, evidenciando que a política desenvolvimentista, que prometia o “Milagre Econômico”, havia fracassado. Especificamente na saúde, Chaves (1995, p. 15), afirma: “Abria espaço para as questões psicossociais da população, preconizava o atendimento ambulatorial em equipe multiprofissional, mas ainda não tinha a consistência e a especificidade de uma política social pública [...]”

Em 1970, é extinto o Serviço Nacional de Saúde Mental e, em seu lugar cria-se a Divisão Nacional de Saúde Mental. “Dentre os vários setores que compõem a estrutura organizacional da Divisão Nacional de Saúde Mental cabe citar a Unidade de Planejamento, o Serviço de Normas e Assistência Técnica e a Coordenação de Atividades Supletivas.” (SANTOS, 1994, p. 66).

Em resultado a essas mudanças no atendimento, em 1973, é aprovado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que mantinha o discurso preventivo e comunitário, criação de recursos extra hospitalares e atendimento nos níveis primário e secundário, além de propor a formação de equipes multiprofissionais.

Essa forma de atuação refletia as deliberações do evento de saúde mais importante da época, a Conferência de Alma Ata, cujo slogan era – “Saúde para Todos no ano 2000”.

A importância desta conferência foi a ênfase na atenção primária e nos cuidados básicos em saúde. Com o objetivo de refrear a demanda hospitalar que o complexo médico-industrial não dava conta por ser seletivo, parcial e excludente, a atenção primária, revestida de filosofia da prevenção e da educação em saúde, não chegava, ainda, a ser uma política social (CHAVES, 1995, p. 16).

Essas mudanças promoveram uma melhor estruturação de toda rede de atendimentos em saúde mental. Os ambulatórios e centros comunitários de saúde mental e, na falta deste, outro centro de saúde deveria desenvolver ações de saúde mental. Profissionais de diversas áreas, como Assistentes Sociais, Psicólogos e Enfermeiros continuaram sendo incorporados em equipes multiprofissionais, sendo que estes profissionais estão vinculados a sua inserção social:

Estes profissionais, formados pelas universidades que desenvolvem, na época, uma política elitista e voltada para os interesses do “bloco hegemônico” da sociedade capitalista brasileira, eram preparados para trabalhar de acordo com esses interesses, agindo diretamente sobre as classes menos favorecidas, que precisavam se “ajustadas” tendo em vista a probabilidade de “desajuste” dos indivíduos devido ao desenvolvimento da sociedade brasileira e ao processo de urbanização. Ao mesmo tempo produz-se um profissional voltado para os consultórios e hospitais particulares visando ao atendimento das classes dominantes (SANTOS, 1994, p. 68).

Em 1974, o Estado deparava-se com uma crise financeira, tornando difícil a manutenção e desenvolvimento do complexo médico industrial. A grande parte da população excluída desse atendimento, impulsionada pela abertura política gradual, começou a exigir a criação de políticas de saúde:

Os movimentos sociais, adormecidos na ditadura, renasceram em um movimento contra hegemônico, no qual os intelectuais e estudantes, já inseridos no planejamento estratégico da saúde, foram às comunidades contribuir para a organização da população, gerando assim, o “Movimento Popular em Saúde” [...] que fundamentou o “Movimento Sanitário, precursor da “Reforma Sanitária (CHAVES, 1995, p. 13).

No final da década de 1970, alto índice de internações psiquiátricas, continuava a gerar altos custos para o Estado. Em um Encontro de Ministros da



Saúde da América Latina realizado para discutir as perspectivas da assistência médica psiquiátrica:

Selou-se o “Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental”. Este, segundo Cerqueira, teve vigência até 1974. O programa recomendava “a diversificação da oferta de serviços, bem como a sua regionalização. Condenava o macro hospital e propunha alternativas à hospitalização integral. [...] o Ministério da Saúde pública, em 1974, a portaria MS-BSB 32, onde passa a considerar a “saúde mental” como um subsistema do quadro geral do sistema de saúde (SANTOS, 1994, p. 69).

A criação dessa portaria reafirmava os princípios de saúde mental preventiva e comunitária, no entanto, o maior montante de recursos ainda era destinado a hospitais privados, conveniados com o INPS, sendo mínimo o investimento nas redes extra-hospitalares, contribuindo assim para o aumento crescente das internações psiquiátricas. Diante dessa situação, que se tornava cada vez mais onerosa para o Estado, em 1979, segundo SANTOS (1994), os Ministérios da Saúde e Previdência Social criam uma portaria que redefine as bases da política de saúde mental.

Sem dinheiro para continuar sustentando o modelo centrado nos recursos financeiros e tecnológicos, a alternativa encontrada foi a prevenção e educação, indo-se as comunidades, trabalhando-se articuladamente aos setores organizados da sociedade civil, e , contribuindo-se assim, para o processo de organização popular na saúde (CHAVES, 1995, p. 15).

Essas medidas não impediram que o número de internações continuasse a crescer e que o investimento nos setores primário e secundário ainda fosse mínimo. Três fatores sociais também contribuíram para o alto número de internações: “[...] o desenvolvimento do capitalismo, que trazia em si os desajustes e frustrações individuais; a migração campo/cidade, decorrente do próprio capitalismo; a expansão urbana, a propiciar o aumento dos focos de desordem” (SANTOS, 1994, p. 71).

Esses fatores também podem ser aplicados para o atendimento em saúde, já que a rede primária servia como agente de triagem para a rede especializada, que por sua vez, não absorvia a demanda, e encaminhava para os serviços de saúde privados, contribuindo para o aumento do número de internações em hospitais não conveniados com o sistema de saúde. “Constatamos aqui um retrocesso aos interesses dos setores progressistas e um avanço dos setores privatizantes-

neoliberais da sociedade, pois ao deixar de atender, ou atendendo precariamente no setor público, a demanda foi compelida ao setor privado” (CHAVES, 1995, p. 17).

Em 1978, eclode uma “crise” na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAN, provocada por denúncias de estagiários e profissionais, que relatavam casos de estupro, ameaça, morte, trabalho escravo e agressões dentro de instituições psiquiátricas. A situação de bolsistas, contratados com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, assumindo cargos de chefias, trabalhando em precárias condições, aliado ao fato da não realização de concurso público desde 1957, acaba gerando um movimento de greve, no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1996).

O movimento recebe apoio de diversos órgãos e de profissionais de outras unidades de atendimento em psiquiatria, tornando-se um amplo movimento de busca por melhores condições de vida aos doentes mentais e condições adequadas aos trabalhadores de saúde mental.

Assim nasce o MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental), cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1996, p. 52).

A partir da década de 1980, impulsionado pelos inúmeros movimentos sociais, em especial ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM que, em 1979, realiza o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, o atendimento à saúde mental vem sofrendo reformulações em diversos âmbitos, transitando do modelo hospitalar rumo a uma rede de atenção integral a saúde.

Os movimentos sociais populares renascem e organizam, juntamente com setores progressistas do sanitarismo nacional, um movimento de oposição às políticas de saúde arbitrárias e privatizantes. Paralelamente, emerge o discurso da atenção primária em âmbito internacional (CARVALHO & YAMAMOTTO, 1992, p. 70).

Impelido a reformular suas propostas, o governo desenvolve ações que gradativamente delineiam modificações no sistema de saúde, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (1980), o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (1981), que, com a

colaboração da Divisão Nacional de Saúde, entre outros órgãos, formulou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (1982), cuja proposta:

[...] seguia os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, com ênfase nos serviços primários de saúde; no caráter predominantemente extra-hospitalar; na implementação de equipes multiprofissionais; no disciplinamento dos mecanismos de internação, buscando evitar que os casos ou problemas sociais fossem erroneamente rotulados e tratados como “doenças mentais” (SANTOS, 1994, p. 85).

O objetivo de diminuir as internações através de ações em saúde mental na rede primária e secundária não se concretizou e as internações continuaram a aumentar. Aliado a esse fato, a crise econômica e social vivenciada pelo País tornava necessária a efetiva implantação da psiquiatria preventiva e comunitária.

Em 1985, a DINSAM elabora uma nova política nacional de saúde mental, que mantinha os princípios da psiquiatria preventiva e comunitária e propunha mudanças na relação entre o Estado e a rede privada de serviços visando: “[...] direcionar a aplicação de recursos técnicos e financeiros públicos para as instituições públicas, inclusive desativando progressivamente os contratos com as empresas privadas.” (SANTOS, 1994, p. 87).

O atendimento na rede pública ampliou-se enquanto diminuía na rede privada, mesmo assim, a saúde mental estava em crise, assim como o próprio País.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em agosto de 1986, é considerada um marco, já que promoveu importantes deliberações. Posteriormente o Instituto Nacional Médico de Previdência Social – INAMPS, formou um Grupo de Trabalho representando por técnicos da área de saúde mental que: “[...] sugeria a efetivação da desospitalização no país, incrementando os serviços extra-hospitalares e implantando leitos psiquiátricos em hospitais gerais de acordo com o discurso da década de 70.” (SANTOS, 1994, p. 90).

Em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, norteadas pelas diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, que discutiu os seguintes temas: “ - economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania

e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental.” (AMARANTE, 1996, p. 75).

No contexto desse histórico, é notável a expressão do Movimento de Luta Antimanicomial, que tem seu advento em 1987, congregando trabalhadores em saúde mental, usuários e seus familiares, marcando “[...] uma ruptura com o silêncio de naturalização da violência psiquiátrica, sustentada pela mitificação e pelo desconhecimento da loucura, do sofrimento mental e de seus determinantes sociais” (LOPES, 1999, p. 143).

Esse mesmo movimento enuncia o lema “por uma sociedade sem manicômios”, no qual o termo manicomial tem sido entendido como metáfora da desigualdade e da violência, produto das relações de exploração. Desperta o pensar sobre o enclausuramento, a segregação, os mecanismos de opressão em diversos tipos de relação e em diferentes instituições (SCARCELLI; COSTA, 1999, p. 11).

Com o movimento de luta antimanicomial, em 1987, oxigenam-se olhares e escutas, fortalecem-se proposições de reformas, reivindicam-se novos paradigmas pragmáticos e ideológicos na concepção da saúde mental, na concepção de homem e de mundo e busca-se uma nova compreensão das relações institucionais que permeiam as políticas públicas (LOPES, 1999, p. 143).

Com a recusa ao “lugar de agentes de exclusão institucionalizada”, efetuada pelos trabalhadores em saúde mental a partir de 1978, cuja articulação com outros segmentos sociais culmina em 1987 vêm sendo desenvolvidas diversas práticas substitutivas à internação psiquiátrica no Brasil, na edificação da meta de Lopes (1999, p. 148) que coloca “o direito à vida e à cidadania plena de sentido, possibilidade e expressividade”.

Ainda em 1987, acontece a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que conta com a participação de associações, entidades, usuários e familiares. “O tema central é ‘a política de saúde mental na reforma sanitária’. Tem ainda como pontos de discussão a situação da saúde mental no contexto geral da saúde, os limites da abrangência do universo da saúde mental, a política e o tipo de modelo à saúde mental” (AMARANTE, 1996, p. 73).

O desafio de construir um Sistema de Saúde que garantisse o acesso universal uniu vários segmentos da sociedade, culminando na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando, a partir de um amplo consenso nacional

delineava a Emenda Popular que propôs o Sistema Único de Saúde – SUS, na Assembléia Nacional Constituinte.

Em meio a diversas transformações, políticas e sociais, em outubro de 1988, é promulgada a Constituição Brasileira, que institui a saúde como direito:

Constituir, portanto, a saúde “um direito de todos e dever do Estado” implica enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em “ter direito”. Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contraposto a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculada às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração de relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país (COHN, 1991, p. 24).

Dado o passo inicial para a sua criação, a regulamentação do SUS deu-se através das leis 8.080/90 e 8.142/90 que dispõem sobre a organização dos serviços, bem como as diretrizes para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, o seu financiamento e a participação da população em sua gestão. Definiu-se, assim, que a construção de um modelo que garanta a igualdade e justiça social passa necessariamente pela descentralização e o controle social, sendo a saúde consagrada como um direito universal e como dever do Estado fundamentada na noção de cidadania.

Com o objetivo de operacionalizar os preceitos elencados nas leis 8.080 e 8.142, principalmente no que diz respeito à transferência de recursos, foram criadas, através de portarias as Normas Operacionais Básicas – NOB, de 1991, 1993 e 1996. A NOB/91, apresenta os critérios necessários para a transferência dos recursos através da realização de Conferências, criação de Conselhos e Fundos Municipais de Saúde. A NOB/93 fortaleceu as condições para o aperfeiçoamento da gestão descentralizada, sendo elas Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena. A NOB/96 modifica os níveis de gestão municipais e estaduais para apenas dois: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, é aprovada a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental em substituição ao hospital psiquiátrico. Essa conferência também discutiu a Cidadania do portador de transtorno psíquico e a Atenção Integral que deve ser dada a esses

indivíduos: “Atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 1994, p. 11).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, além de reafirmar importantes proposições das duas conferências anteriores, ligadas à conjuntura global da assistência à saúde, vem delimitar aspectos fundamentais para o atendimento em saúde mental, dos quais podemos destacar:

- priorização do atendimento interdisciplinar ao portador de sofrimento mental com participação familiar e comunitária nos Serviços de Saúde, substituindo a constante prática de internação pelo atendimento e acompanhamento em Unidades de Saúde, em Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS);
- pensões Protegidas;
- centros de Convivência;
- lares Abrigados;
- Hospital Dia e por internações de curta permanência em hospitais gerais, proibindo-se a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos e internação compulsória, conclamando Gestores e Conselhos de Saúde a defender a imediata aprovação do Projeto-Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, com emendas do Senador Lúcio Alcântara, que legitimaria as ações citadas acima, além de garantir os direitos aos portadores sofrimento.

Uma ação fundamental foi consolidada nesse período: a regulamentação para a criação dos serviços substitutivos, os CAPS e NAPS. “A partir da criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todo o País” (AMARANTE, 1996, p. 83).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei 3.657/89, onde “[...] regulamentavam-se os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento” (AMARANTE, 1996, p. 84).

Após tramitar por dez anos no Senado, é aprovado, em fevereiro de 2000, o projeto lei de autoria do deputado Paulo Delgado, tornando-se um marco na efetivação, implantação e implementação de uma política de saúde mental fundamentada no direito das pessoas portadoras de Sofrimento Mental.

Em novembro de 2001, realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com o tema “Cuidar sim, excluir não”, que reuniu representantes de diversas regiões do país na qual que tiveram a oportunidade de avaliar, discutir e traçar novas diretrizes para a reorientação do modelo de saúde mental no Brasil.

O acontecimento de eventos como este mostra como é importante a constante troca, busca e aperfeiçoamento, em todos os níveis de conhecimento. As dificuldades, obstáculos e a própria indignação se tornam estímulos para as transformações e mudanças tão necessárias na saúde mental.

## **CAPÍTULO II**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL EM SANTA CATARINA E NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU**

#### **2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL EM SANTA CATARINA**

Segundo Santos (1994), hospitais de Brusque e Joinville atendiam os doentes mentais até 1942, quando foi inaugurada a primeira instituição psiquiátrica do Estado – a Colônia Sant’Ana. A necessidade do governo em construir um lugar específico de tratamento, já ocorria em 1936, conforme declarou o Governador Nereu de Oliveira Ramos Ramos, citado por Santos (1994, p. 85): “Já é tempo de se cuidar da construção pelo Estado de um estabelecimento em que se recolham os alienados e onde lhes ministre o tratamento que a psiquiatria vem aperfeiçoando.”

Também nesse período, através da lei 138, a Diretoria de Saúde do Estado de Santa Catarina foi transformada em Departamento de Saúde Pública, sendo que, “[...] a tarefa era realizar propaganda da educação sanitária, fiscalização do exercício profissional, higiene das habitações, da alimentação, do trabalho, profilaxia da sífilis e de outras doenças venéreas, da tuberculose, da lepra e da malária” (DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA, 1935-1942).

Em 1940, foi criado, através do decreto-lei 416, o Serviço de Assistência a Psicopatas, que tinha como atribuições a assistência e tratamento aos doentes mentais, o atendimento médico e social aos predispostos às doenças mentais e aos egressos de internação, bem como “[...] zelar pela proteção legal aos psicopatas, assistir e tratar a infância anormal e promover a realização da higiene e profilaxia em todos os aspectos” (DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA, 1935-1942).

Na década de 1940, havia somente um Ambulatório de “Doença Mental” no Estado, localizado em Florianópolis, que oferecia recursos extra hospitalares mínimos, e que passou principalmente a ser usado, a partir de 1942, para triagem de pacientes encaminhados à Colônia Sant’Ana.



Em parceria com o Serviço Nacional de Doença Mental, também responsável pelo Ambulatório de Doenças Mentais, o governo consegue verbas para a construção da Colônia Sant'Ana, localizada numa área rural, distante 22 Km da capital. Uma das propostas de tratamento psiquiátrico na época, era de tratar os doentes em locais onde poderiam ser realizadas atividades agrícolas. Nas instalações da Colônia havia usina de açúcar, engenho de farinha e torrefação de café, milho e trigo, além de um armazém para estocagem.

A produção foi aumentando e diversificando-se e, em 1947, começou-se a produzir vassouras, charutos, sapatos e hortaliças, que eram em sua maior parte destinadas à comercialização. Os recursos humanos utilizados eram pacientes homens, na maioria jovens e de profissão diversificada. O lucro gerado passou a ser revertido para a instituição, que nesse período ampliava-se com a construção de mais um pavilhão para “agitados”.

Na década de 1950, com sua capacidade superlotada, a solicitação de um novo hospital passa a ser feita. Esse novo hospital deveria atender situações “agudas”, enquanto a Colônia Sant'Ana passaria a atender os doentes mentais “crônicos”. Sem verbas para concretizar essa solicitação, a Colônia Sant'Ana continuou ampliando suas ocupações.

Nessa década, chegam ao Brasil e ao Estado de Santa Catarina as “inovações terapêuticas”. Os choques insulínicos e de eletroconvulsoterapia pelo cardiazol e o eletrochoque passam a ser aplicados nos pacientes internados e naqueles que faziam acompanhamento ambulatorial. “Foram aplicados , no ano de 1952, 7.860 choques insulínicos e de convulsoterapia pelo cardiazol e eletrochoque, contra 5.505 em 1950. No ambulatório do Serviço Nacional de Doença Mental – SNDM, em 1951 foram atendidas cerca de 1261 pessoas e aplicados 22 choques.” (DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA, 1935-1942).

O aumento da demanda psiquiátrica não ocorreu somente na Colônia, mas também no ainda único ambulatório de doença mental. Os recursos humanos que trabalhavam nesses serviços eram, na sua maioria pessoas de congregação cristã e uma minoria de enfermeiros e psiquiatras.

Mesmo sendo baixo o número de psiquiatras tanto na Colônia como no Estado de Santa Catarina, em geral a atuação psiquiátrica ampliou-se mais e mais no tecido social, já que a psiquiatria em nível de sociedade civil,

produzia e ampliava sua ideologia – da doença mental -, ao mesmo tempo em que agia como agente político, desenvolvendo seu aparelho repressivo (sociedade política). Ela passou a exigir novas instituições para uma ação mais efetiva (SANTOS, 1994, p. 91).

Essa apropriação da “doença mental” pelo saber médico, reivindicava a construção de um manicômio judiciário e a ampliação de leitos na Colônia Sant’Ana. Diante desses fatos, observa-se que a política de “saúde mental” era voltada para o modelo asilar/ hospitalocêntrico, que foi ampliada ainda mais, em detrimento do nível ambulatorial, que embora tenha aumentado sua clientela, continuou sem receber investimentos para ampliação.

Essa política asilar é evidenciada principalmente na década de 1960 com a construção do Manicômio Judiciário (Florianópolis) e a criação de três novos hospitais (Criciúma – Casa da Saúde Rio Maina. –, São José – Instituto São José –, e em Joinville – Clínica Nossa Senhora da Saúde), de iniciativa privada, que, conveniados com o INPS passam a prestar assistência psiquiátrica, seguindo a tendência nacional de “privatização da saúde/doença mental”. Enquanto isso a Colônia inaugura mais um pavilhão com capacidade para 243 leitos.

Santa Catarina vinha assim desenvolvendo sua Política de Saúde Mental em concordância com a Política Nacional, caracterizada pelo modelo de gestão asilar da loucura, sustentada numa incipiente rede psiquiátrica voltada para a reclusão dos diagnosticados como “doentes mentais” (SANTOS, 1994, p. 104).

A partir dos anos 1970, a psiquiatria comunitária e preventiva passou a incorporar o discurso referente à criação de políticas públicas de saúde mental no Estado. Parte dessa preocupação advém do alto custo que as internações psiquiátricas causavam ao INPS. Outra preocupação era a centralização dos serviços em Florianópolis.

A necessidade de ampliar a rede de recursos extra-hospitalares por todo o Estado, culminou na criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública. A intenção desse serviço era integrar ações de saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário, além de promover uma parceria com a comunidade e outras instituições que deveriam “atender” os “doentes mentais”.

Aliado a essa nova proposta, segundo Santos (1994), as orientações do Ministério da Saúde referente à capacitação de recursos humanos foi sendo

efetivada nos três níveis de atendimento. Além disso, as orientações incluíam reformas físicas, técnicas e administrativas.

Em 1971 foram implantados ambulatórios de saúde mental nas cidades maiores ou estrategicamente mais importantes. Nem todos esses serviços tinham psiquiatra e o atendimento médico era realizado pelo generalista capacitado. Além disso, problemas como a falta de profissionais auxiliares, recursos materiais e reduzida jornada de trabalho do psiquiatra, enfraqueciam a qualidade de intervenção nesses serviços.

Em 1973, segundo o mesmo autor, existiam 32 ambulatórios de saúde mental no Estado. Essa ampliação da rede extra-hospitalar, mesmo sendo uma evolução no atendimento ao doente mental, não diminuiu o índice de internações psiquiátricas.

Somente a partir de 1977 são formadas equipes multidisciplinares. Assistentes Sociais e Enfermeiros passam a fazer parte da equipe que atuaria nos dez ambulatórios existentes no Estado. Esses profissionais, além de realizar triagem para internação psiquiátrica, passaram a promover ações de grupo no nível primário e atendimento individual e familiar no nível secundário. A Psicoterapia e a tentativa de realizar ações de prevenção em saúde mental foram incorporadas a proposta de atendimento nos níveis primário e secundário.

Tais medidas não conseguiram resolver os inúmeros problemas da saúde mental, e na década de 1980, seguindo a política nacional, são pleiteados leitos psiquiátricos em hospital geral, além da implantação de mais ambulatórios e de reativação desses serviços, como aconteceu em Brusque e Imbituba.

Segundo Santos (1994), em 1986, o número de ambulatórios de saúde mental era 35, ou seja, ainda insuficientes para o Estado, e que não dava conta de atender a demanda. Além disso, o aumento de questões sociais, como o crescente desemprego, o aumento da pobreza e violência, elementos esses, intrinsecamente ligados com a doença mental só contribuíam para o crescente número de usuários com transtorno psíquico.

Esses serviços, funcionando com diversas dificuldades, também não conseguiam prestar um atendimento de qualidade, e de certa forma, negando os princípios de tratamento ambulatorial e comunitário, continuaram a encaminhar uma

importante quantidade de indivíduos para internação psiquiátrica. A Colônia Sant'Ana recebeu, nesse ano 1.709 pacientes, sendo que sua capacidade máxima era de 1.000.

Santos aponta outros fatos para o fracasso na tentativa de melhorar a qualidade da assistência psiquiátrica prestada:

[...] a má formação dos profissionais que atuam na área; a falta de recursos financeiros para o aperfeiçoamento de novas técnicas; os interesses dos grupos que enriquecem através da “fábrica de loucuras” (psiquiatras e indústria farmacêutica); a falta de vontade política de transformar a assistência psiquiátrica em uma instituição não repressiva; [...] o caráter subjetivo da prevenção (SANTOS, 1994, p. 100).

Em 1987 foi criada a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental, com representantes da Universidade Federal de Santa Catarina, Colônia Sant'Ana, INAMPS, Manicômio Judiciário, Fundação Hospitalar, Departamento Autônomo de Saúde Pública e Prefeitura Municipal de Florianópolis. Essa comissão tinha como objetivo elaborar as Diretrizes de Política de Saúde Mental para o Estado, para isso, baseou-se nas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Os profissionais dessa Comissão entendiam que a hospitalização acabava por cronificar e segregar os indivíduos, e, portanto, só deveria ser utilizada como último recurso. Dessa forma, a ampliação e construção de hospitais psiquiátricos cessaram, e a internação em hospital geral, de preferência no próprio município do paciente, passaram a ser recomendadas. Além disso, o atendimento ambulatorial, formado por equipe multiprofissional, recebeu estímulo para ampliação.

Essas mudanças não conseguiram fazer com que diminuíssem as internações na Colônia Sant'Ana. Os recursos destinados para os Ambulatórios ainda eram insuficientes, o que impediu de serem efetivadas as propostas de desospitalização.

Atualmente o Estado possui uma extensa rede de serviços substitutivos, embora os índices de internações sejam altos. No final de outubro de 2001, realizou-se a III Conferência Estadual de Saúde Mental, onde temas como cidadania, recursos e financiamento dos serviços substitutivos foram discutidos.

## 2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA DA DOENÇA MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU

O atendimento em Saúde Mental no município tem seu início em 1988. Nesse período a Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social englobavam a política de Assistência Social e da Saúde, possuía um Departamento de Higiene Mental que era responsável pelas políticas de saúde na área. A Secretaria implementava quatro programas:

Programa de Assistência e Acompanhamento a Pré-Escolares;  
Programa de Assistência e Acompanhamento a Escolares;  
Programa de Assistência e Acompanhamento a Adolescentes;  
Programa de Assistência e Orientação de Adultos – Prevenção e Tratamento de Alcoolismo. (PMB, PLANEJAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, 1989).

O serviço de saúde mental estruturado em 1998 era a Saúde Mental do Escolar. Posteriormente esse atendimento foi ampliado com o atendimento aos alcoolistas. A equipe, formada por Assistente Social, Psicóloga, Neuro-Pediatra e Fonoaudióloga realizava atendimento às crianças encaminhadas da rede pública de ensino, com problemas de comportamento e baixo rendimento escolar. O Hospital Santo Antônio cedia duas salas para esse serviço.

O serviço justificava sua implantação pela necessidade de um acompanhamento à saúde mental infanto-juvenil, sob uma perspectiva que atendesse os indivíduos levando em conta questões sociais, culturais e de saúde, que confunde-se com o descrito no documento de Planejamento do Serviço de Saúde Mental, que aponta a questão da produtividade como o fim para justificar o seu trabalho:

Os problemas de Saúde Mental são de alta prevalência nos meios urbanos e apresentam tendência a aumentar [...]. Os círculos sociais com os quais o indivíduo interage, seja a família, a escola, o trabalho, e a comunidade, passaram a ser alvos de análise e trabalho, já que, quanto melhor a adaptação aos meios, melhor será a capacidade produtiva do indivíduo na sociedade (PMB, PLANEJAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, 1989).

A clientela adulta era atendida por um psiquiatra da rede estadual de saúde, na Unidade Sanitária (Centro de Saúde) do município.

Fortemente influenciado pelo modelo hospitalocêntrico, esta assistência era altamente medicamentosa, individualizada e centrada na crise. Correspondendo ao modelo segregador e de exclusão da cidadania, esta prática era isolada, e, como não havia trabalho em equipe multiprofissional, a família era relegada à condição de informante e de acompanhante do “paciente” (CHAVES, 1995, p. 131).

Ao analisarmos a questão da implantação do serviço de saúde mental no município sob a ótica de produtividade, citada acima, é importante situarmos que a cidade é um pólo de indústrias têxteis, que atrai centenas de pessoas de dentro e fora da região, o que ocasiona uma crescente migração em busca de emprego e melhores condições de vida. Outros trabalhadores, com pouca ou nenhuma qualificação também são atraídos.

Os postos de trabalho oferecidos não contemplam a procura, e essa população passa a constituir um grande número de desempregados, que encontram, já naquela época, a opção do trabalho informal como fonte de renda, mesmo que este não ofereça qualquer garantia ou benefício social.

O fator desemprego, associado ao conseqüente rebaixamento da condição financeira dessas famílias, culminam numa série de situações como o aumento da violência doméstica, muitas vezes ligada ao alcoolismo, precarização das condições de vida, dificuldade de acesso aos serviços de educação, saúde, transporte e lazer. As crianças dessas famílias formavam, quase em sua maioria, a clientela atendida pelo serviço de saúde mental do Escolar.

O Hospital Santa Isabel tinha em suas instalações uma ala psiquiátrica privada, não conveniada com o INAMPS. Como o acesso a essa ala se restringia a pessoas com condições financeiras privilegiadas, os pacientes que necessitavam de internação psiquiátrica eram encaminhados para a Colônia Sant’Ana, em Florianópolis.

Em 1989, o serviço de Saúde Mental Escolar tem sua equipe aumentada, e são contratadas uma enfermeira e uma psicóloga. O atendimento amplia-se e, identifica-se a necessidade de realizar acompanhamento com os familiares das crianças atendidas. Verificou-se que existia um alto índice de alcoolismo nas famílias cujas crianças estavam sendo acompanhadas. O Programa, então, começa a atuar sobre essa problemática.

Nesse ano realiza-se um concurso público e, alguns profissionais, como os que desenvolviam atividades relacionadas ao alcoolismo não permaneceram na Instituição. O serviço se reestruturou, voltando a atender somente a Saúde do Escolar, sem atendimento para os adultos.

Em 1990, a Prefeitura Municipal de Blumenau se deparava com um importante número de servidores públicos com problemas devido ao uso abusivo de álcool, principalmente entre os coletores de lixo e servidores da Secretaria de Obras. O A.A. (Alcoólatras Anônimos), que tinha sua sede na Prefeitura e atendia, particularmente os servidores municipais, reivindicam junto ao governo municipal, a implantação de um programa destinado à clientela com dependência alcoólica. “Assim, em 1990, após estudos, cursos de capacitação, visitas a hospitais e aos grupos de mútua-ajuda, e assessoria técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental, estes técnicos elaboram o “Programa de Prevenção e Recuperação do Alcoolismo da PMB.” (CHAVES, 1995, p. 132).

A Prefeitura cedeu espaço para o Programa e os atendimentos eram realizados pela Psicóloga e pelo Assistente Social, através de abordagens individuais. Os usuários que necessitavam atendimento médico eram encaminhados para a rede ambulatorial ou hospitalar, conforme a gravidade. Este programa tinha como objetivos:

Prevenir o problema do alcoolismo através de informações sobre o assunto ao servidor público municipal e à comunidade, contribuindo para sua desmistificação; Intervir nos casos identificados propiciando tratamento na própria Instituição e/ou através de outros recursos comunitários, visando a recuperação dos doentes de alcoolismo, física e psicologicamente ou melhoria de seu estado, de forma que ele possa ser integrado à sociedade, como pessoa independente e crescentemente consciente de si e que ele possa viver uma vida saudável e socialmente adequada, sem o uso do álcool (PMB, PROGRAMA DE PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DO ALCOOLISMO, 1990, p. 4).

Com o crescente aumento de clientela, e a necessidade de ampliar os atendimentos, inicia-se um processo de capacitação dos profissionais dos Ambulatórios Gerais nos Bairros Garcia e da Fortaleza, com assessoria da Coordenação Estadual de Saúde Mental.

O processo de capacitação encontrou várias dificuldades, entre elas o “[...] preconceito da população, técnicos e entidades de modo geral e escassez de

recursos para o atendimento à problemática.” (PMB, RELATÓRIO ANUAL DA SECRETARIA DE SAÚDE, 1990).

Embora as dificuldades fossem muitas, “[...] o ano de 1990 foi marcado pela elaboração e implantação do trabalho de prevenção e tratamento do alcoolismo, a partir da busca de conhecimentos, informações e recursos comunitários” (CHAVES, 1995, p. 134).

Em março de 1991, o Programa, que ocupava um espaço cedido pela Prefeitura de Blumenau, muda sua sede para o Ambulatório Geral do Bairro Garcia. A escolha do local devia-se à disponibilidade de espaço físico, a motivação da equipe do Ambulatório e a receptividade da comunidade local.

Em outubro de 1991, é aprovada a Portaria n. 189, que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental, definindo o SUS como principal financiador do sistema público, oferecendo aos demais gestores a possibilidade de implantar serviços substitutivos. Aprova os procedimentos de CAPS/NAPS, oficinas terapêuticas, atendimento grupal e visita domiciliar.

O serviço, inicialmente destinado para atender servidores acaba sendo procurado por toda a comunidade, já que a rede pública de serviço de saúde não desenvolvia atendimento específico nesta área.

Também neste ano, com a instalação do Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN, no Município, e a constatação, por este mesmo órgão, do aumento do uso de drogas, principalmente entre adolescentes e jovens, passou a reivindicar, junto à Secretaria Municipal de Saúde, o atendimento a esta demanda.

Com a ampliação do Programa e com o apoio do COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes – inaugurou-se o Ambulatório de Referência no Centro de Saúde, em 30.08.91, onde começaram a ser atendidos, não apenas o alcoolista, mas também o dependente de outras drogas (PMB, RELATÓRIO ANUAL DA SECRETARIA DE SAÚDE, 1991).

Um psicólogo é contratado e o Ambulatório é transferido para o Centro de Saúde, localizado na região central, o que facilitava o acesso à população. Embora a localização fosse de fácil acesso, o espaço físico ainda não era adequado, pois não havia sala de atendimento para todos os profissionais e espaço para atendimento grupal. Os atendimentos para dependência química (álcool/drogas) continuavam através de abordagem individual e grupal aos usuários e seus familiares.



Neste ano é realizado um convênio entre a Prefeitura Municipal de Blumenau e o Hospital Santa Catarina – Unidade de Psiquiatria, para atender os pacientes que necessitavam de desintoxicação hospitalar ou que apresentavam quadro de abstinência grave. Foram conveniados 8 leitos. Cabe destacar que o Hospital Santa Catarina é uma instituição privada, portanto o custo destas internações não seria pago pelo SUS. A tabela de honorários da Associação Médica Brasileira era usada para cobrar os serviços, o que encarecia os valores pagos para esse convênio.

Em 1992, uma psiquiatra integra a equipe e começa a atender a clientela de portadores de transtorno psíquico no Posto de Atendimento Médico – PAM. O serviço de psiquiatria no Ambulatório era realizado somente para os alcoolistas.

O ambulatório de psiquiatria localizado no PAM, antigo INAMPS, teve suas atividades interrompidas por vários anos e o atendimento à população usuária de portadores de sofrimentos psíquicos, conhecidos como “doentes mentais”, restringia-se ao precário atendimento de um psiquiatra ligado à rede estadual, no Centro de Saúde, desde a interrupção do Serviço de Saúde Mental, em 1989 (CHAVES, 1995, p. 140).

Neste ano é realizado convênio com o Centro de Recuperação Nova Esperança – CERENE, “[...] entidade de cunho leigo e religioso, objetiva a recuperação de dependentes de droga e álcool, em caráter de longa permanência.” (CHAVES, 1995, p. 138).

Os usuários eram encaminhados para o CERENE através de triagem realizada por profissionais do Ambulatório, que usavam esse recurso para os casos crônicos que apresentavam resistência ao tratamento ambulatorial, e quando os recursos na rede de saúde estavam esgotados. A maioria dessas pessoas já não possuía qualquer retaguarda familiar, moradia e emprego.

Com uma atuação constantemente ampliada e implementada, atendendo um número de 402 usuários cadastrados, o serviço muda sua denominação para “Ambulatório de Referência e Tratamento do Alcoolismo e Outras Drogas”. O Ambulatório passa a definir as diretrizes para as políticas de atendimento a Dependência Química (Álcool/Drogas): “[...] conclui-se que a centralização do atendimento contribuiu para especializar a equipe de trabalho, de modo a se partir para a descentralização de ações básicas para os profissionais dos ambulatórios das regiões periféricas no ano de 1993” (BLUMENAU, PMB, 1993).

Em janeiro de 1992, é aprovada a Portaria n. 224, que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Incorporou novos procedimentos à tabela de procedimentos do SUS, além de estabelecer normas para o atendimento hospitalar. Reflete as deliberações da Lei Orgânica da Saúde no que tange a responsabilidade dos níveis estaduais e municipais, desde o financiamento até a fiscalização dos serviços de saúde mental. Torna-se proibido a existência de espaços restritivos.

Em junho do mesmo ano, é aprovada a portaria n. 407, que cria o código transitório para hospitais psiquiátricos que ainda não cumprem integralmente a Portaria SNAS/MS (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde) 224/92, definindo exigências mínimas e mecanismos para habilitação neste procedimento. Em dezembro de 1992 é aprovada a Portaria n. 408, que relaciona todos os códigos de procedimento da assistência psiquiátrica e regulamenta o cadastramento dos serviços. Essas mudanças vão, aos poucos, exigindo que cada região estruture seus serviços de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em 1993, ocorre a mudança do governo municipal, que efetiva o que já havia sido proposto no Plano de Governo: “Implantação do Programa de Saúde Mental, englobando o atendimento a escolares com deficiência mental leve e dificuldades na aprendizagem e tratamento, bem como atendimento às pessoas com problemas mentais.” (BLUMENAU, PMB, 1993, p. 279).

Com o objetivo de planejar e discutir a efetivação das ações em saúde mental no município realiza-se, em maio de 1993, o 1º Seminário de Municipal de Saúde Mental. Esse seminário foi organizado por técnicos das Secretarias de Saúde, Bem Estar Social, Educação e da Criança e do Adolescente. Participaram desse seminário vários segmentos da sociedade, representados por sindicatos, associações de moradores, órgãos públicos, profissionais de diversas categorias, entre outros.

Elegeu-se, no Seminário, uma Comissão de Saúde Mental, formada por representantes da sociedade civil organizada, Sociedade de psicologia e técnicos da Prefeitura, que elaborou o Plano de Saúde Mental – Projeto para o Município de Blumenau, que apresentava como objetivos gerais:

Estabelecer um sistema de prevenção e promoção à Saúde Mental, priorizando o atendimento extra-hospitalar, resgatando a participação da família e da comunidade, estimulando o tratamento e criando condições à reabilitação social dos portadores de sofrimento psíquico, inserido no Sistema Único de Saúde do Município, concebido no modelo de atenção integral; e Ampliar ou criar espaço de discussão junto aos usuários e a população em geral e oferecer informações sobre saúde mental, direitos constitucionais, cidadania e municipalização (BLUMENAU, PMB, 1993, p. 279).

A realização desse evento propiciou a primeira discussão “aberta” das questões relacionadas à saúde mental. Embora o número de representantes tenha sido composto em sua maioria por técnicos de diversas Secretarias, a participação popular, mesmo em número muito reduzido, pôde contribuir nas discussões.

A Comissão de Saúde Mental, eleita neste Seminário, elaborou o Plano e traçou metas a serem operacionalizadas em curto e médio prazos, mas não deu continuidade a sua atuação, e, conseqüentemente, não se cumpriu a periodicidade do evento que deveria ocorrer a cada dois anos, conforme deliberação da época (CHAVES, 1995, p. 144).

A fragilização da Comissão de Saúde Mental, gerou reflexões, evidenciando-se a necessidade de participação dos usuários e de representantes governamentais e da sociedade civil. Um movimento de mobilização começou a ser feito para que essa participação ampliada fosse efetivada.

Em 1993 a equipe é ampliada com a contratação de uma enfermeira psiquiátrica, um auxiliar administrativo, um assistente social e uma socióloga, “[...] tendo em vista a estruturação do serviço especializado em saúde mental, conforme as propostas do Plano Municipal sobre a estruturação da rede de atenção” (CHAVES, 1995). O serviço muda sua denominação para Ambulatório de Referência em Saúde Mental. Os Dependentes Químicos (Álcool/Drogas) continuaram a ser atendidos no serviço, seguindo as orientações da Política Nacional de Saúde Mental.

A coordenação do Ambulatório passou a ser feita pela Psicóloga que participou da criação do serviço, em 1990. O convênio com o Hospital Santa Catarina, cancelado desde o ano anterior, é reativado, estendendo as internações também aos portadores de sofrimento psíquico. O convênio com o CERENE não é renovado devido às dificuldades financeiras da Prefeitura.

No ano de 1993, é somente aprovada a Portaria n. 008, que prorroga o prazo de validade do código de procedimento Internação em Psiquiatria III (Hospital Psiquiátrico).

No ano de 1993, o número de cadastrados era de 550 usuários e Blumenau tinha uma população de 211.000 habitantes. Segundo nota divulgada no ano de 1993, pelo Órgão de Estatística Nacional, estimava-se que 10% da população apresentava problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras substâncias químicas.

A primeira fase do tratamento consistia na desintoxicação ou redução da bebida. A desintoxicação era realizada por clínico geral da rede básica, ou por médico psiquiatra, dependendo do grau de comprometimento. A desintoxicação hospitalar era aplicada em apenas 5% dos casos, quando o paciente apresentava Síndrome de Abstinência Grave, intoxicação alcoólica, complicações clínicas graves, forte negação associada a risco de vida, falta de retaguarda familiar e socioeconômica.

Desintoxicado, o usuário era encaminhado para atendimento individual a fim de estabelecer vínculo para continuidade do tratamento. Posteriormente era encaminhado para grupo de Psicoterapia de Apoio e seus familiares para o Grupo de Apoio e Orientação.

Os pacientes e seus familiares também eram orientados a procurar atendimento no Alcoólatras Anônimos – AA, Grupo de Apoio aos familiares (adultos) de alcoolistas – AL'ANON, Grupo de apoio aos filhos de alcoolistas – ALATEEN e Narcóticos Anônimos – N.A.

A partir do segundo semestre de 1993, inicia-se o atendimento a pacientes com sofrimento psíquico, e o serviço começa a se estruturar para atender essa demanda.

Em 1994 a equipe amplia-se com a contratação de um auxiliar de enfermagem e um psicólogo. O atendimento a Dependência Química (Álcool/Drogas) e aos portadores de sofrimento psíquico continuam a ser desenvolvidos e constantemente incrementados. O espaço físico não comportava o crescimento dos trabalhos desenvolvidos.

Em agosto de 1994, é aprovada a Portaria n. 145, em função da necessidade de supervisão, controle e avaliação sistemática dos serviços de saúde mental, pelos diversos níveis do SUS, nas três esferas de governo, de modo a garantir um bom padrão de qualidade. O 'Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica' – GAP, representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o País estabelecendo os critérios e objetivos de hospitais psiquiátricos públicos e contratados, buscando qualificação dos serviços prestados. A partir de 1997, o GAP foi sendo progressivamente desativado.

A necessidade de supervisão já era sentida pela equipe e, por diversas vezes foi solicitada junto a Secretaria Municipal de Saúde, que negava o pedido com a justificativa de falta de verbas para esse fim, já que essa supervisão era terceirizada.

Ainda nesse ano, a aprovação da Portaria n. 147 explicita a importância de um projeto terapêutico para as instituições psiquiátricas que atendem em regime de internação:

[...] essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e sua família. Envolve ainda, a existência de um sistema de referência e contra referência que permita o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito (BRASIL, 2004a).

Em 1995, a sede muda para uma casa, no centro da cidade, permitindo espaço físico adequado, principalmente para os atendimentos em grupo e acesso fácil para toda a população.

Os atendimentos de psiquiatria realizados no PAM, por dois psiquiatras, são transferidos para o Ambulatório. Com a centralização dos serviços de psiquiatria e as diversas ações em saúde mental desenvolvidas, a nova denominação do serviço

passa a ser Serviço de Atenção Psicossocial – SAPS, tornando-se um serviço de nível secundário, ou seja, um serviço de Referência.

Essa ampliação promoveu a contratação de um Auxiliar de Serviços Gerais, uma Secretária e um porteiro. Com 3.200 usuários cadastrados, repensou-se a forma de encaminhamento. A demanda que vinha espontaneamente ao serviço passou a ser avaliada no posto de saúde próximo a sua residência e, encaminhada posteriormente, caso fosse necessário o atendimento no SAPS. Este novo procedimento tinha como objetivos, além de uma melhor avaliação médica para encaminhamento, a possibilidade de fazer a contra-referência. No entanto, devido a forte resistência para atender pacientes psiquiátricos, associado à falta de capacitação dos profissionais da rede primária não permitiram que o modelo de referência e contra-referência fosse empregado.

O modelo do Sistema de Referência e Contra-Referência entre a rede primária e o serviço de referência pode ser empregado em todas em todas as especialidades. A rotina seria o usuário consultar com um clínico no Posto, realizar a avaliação, e, caso seja identificada à necessidade de atendimento especializado, referencia-se, através de uma guia documental ao serviço especializado.

No serviço especializado, o usuário é atendido, avaliado e, sendo possível, é reencaminhado, através da guia documental a rede primária para a continuidade do tratamento. Na teoria, esse processo é muito eficiente, mas na prática se mostra de difícil implementação, haja vista a resistência que a rede primária tem em atender usuários com transtorno psíquico.

Em outubro desse ano, inicia-se a Oficina Terapêutica, com o objetivo de atender a demanda de usuários crônicos, que funcionava uma vez por semana, durante três horas. As atividades realizadas na Oficina tinham a participação de Psicólogo e Auxiliar de Enfermagem.

A Oficina Terapêutica atende, preferencialmente pacientes com transtorno mental crônico. Tem como objetivo promover a saúde, prevenir internações psiquiátricas e garantir os atendimentos ambulatoriais, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida dos usuários. Através de atividades ocupacionais que visam a ressocialização e integração social do usuário, a participação dos familiares, a redução do impacto social que a condição de saúde acaba impondo, reforço das

atividades funcionais, facilitação da aprendizagem de habilidades essenciais para tornar o indivíduo independente a realizar atividades práticas de seu cotidiano.

Em 1996 a ampliação do serviço continua, e são contratadas mais uma Assistente Social e uma psicóloga, que elaboram o Projeto Janela para a Vida, que amplia o atendimento na Oficina Terapêutica, aumentando de três para 6 horas diárias, contemplando 12 pacientes. O convênio com o Hospital Santa Catarina é ampliado de 8 para 12 leitos.

Ainda nesse ano, o Serviço Social do Ambulatório verifica a necessidade de ampliar seu atendimento e, além de coordenar grupos e acompanhar individualmente algumas situações, começa a reivindicar junto à Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS, à concessão de benefícios para repasse aos usuários. Outras questões inerentes ao Serviço Social, como a orientação sobre direitos sociais e encaminhamento para acesso de auxílio-doença, medicação e aposentadoria começaram a ser realizados. Quando solicitado, o Serviço Social também passou a elaborar relatórios para o Fórum a fim de prestar informações sobre os usuários em acompanhamento. O Parecer Social passou a ser emitido para órgãos como o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, Perícia da Prefeitura, SEMAS, entre outros. O Serviço Social dessa forma, conquistou ainda mais espaço e importância na equipe.

A SEMAS, a partir das reivindicações feitas, disponibilizou 14 Vale Cidadania (tickets que dão direito à compra de alimentos) para o Serviço de Atenção Psicossocial – SAPS, algo inédito até então, pois esse tipo de benefício, mesmo sendo avaliado por profissional da área, era reavaliado na SEMAS. Essa autonomia propiciou ao usuário acesso rápido e desburocratizado ao seu benefício. Outra conquista importante foi a negociação com o Serviço Autônomo Municipal de Terminais Rodoviários de Blumenau – SETERB, para concessão de Passe-livre aos usuários da Oficina Terapêutica. Cabe destacar, que só os portadores de deficiência mental, conforme a lei, teriam direito a esse benefício, mas o SETERB atendeu a solicitação do serviço, já que muitos pacientes deixavam de freqüentar a Oficina Terapêutica por não ter renda para acessar o transporte coletivo.

Nesse período a coordenação era colegiada, formada por Psicólogo, Psiquiatra, Assistente Social e Enfermeira. A escolha da Coordenação do SAPS bem

como de outros serviços de saúde era sempre determinada pela SEMUS, já que essa função era designada a pessoas com “cargo de confiança”. No final de 1996, essa coordenação se desagrega e, pela primeira vez na trajetória do serviço, dois profissionais se candidatam ao cargo e são escolhidos pela equipe através de eleição. Foi formalizado um documento que posteriormente o Secretário de Saúde ratificou.

No início de 1997, assumem a coordenação uma Assistente Social e um Psiquiatra. O SAPS muda de endereço e começa a estruturar o serviço para adquirir o credenciamento do CAPS. É realizada visita, com membros da Secretaria Estadual de Saúde Mental, para avaliação do serviço. O número de pacientes encaminhados para internação psiquiátrica em Florianópolis cai consideravelmente.

Há novamente ampliação da equipe, com a contratação de uma Cozinheira, uma Terapeuta Ocupacional e dois Vigias noturnos. Dessa maneira o atendimento fornece refeições diárias para os pacientes da Oficina Terapêutica. A refeição diária aos pacientes da Oficina Terapêutica é um dos critérios para o serviço ser considerado CAPS.

Em 1998 há uma ampliação dos atendimentos que é acompanhado pelo aumento do espaço físico disponível. São construídos mais quatro consultórios, uma sala administrativa, uma recepção e o espaço da Oficina Terapêutica é aumentado.

No ano de 1998, o serviço é registrado no Ministério da Saúde como CAPS, já que contempla os serviços que caracterizam os requisitos solicitados.

O CAPS, segundo normatização do Ministério da Saúde, é um serviço que oferece atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar às pessoas com transtorno psíquico, através de várias ações, comprometidas com o tratamento, reinserção e reabilitação psicossocial do usuário.

Embora a política de saúde mental empregada no CAPS seja voltada para o tratamento ambulatorial e internação utilizada como último recurso, o que também propõe o Movimento de Luta Antimanicomial, nunca houve uma aproximação que permitisse um trabalho de parceria. O Movimento de Luta Antimanicomial é formado, em sua maioria por alunos do curso de Psicologia da Universidade Regional de Blumenau – FURB. Cabe destacar que esse Movimento também é fragilizado, uma vez que só se houve falar em algum evento desse grupo na data em que se



comemora os anos de existência desse Movimento. Esse fato revela o quanto às discussões, referentes aos rumos da saúde mental no município são fragmentadas, individualizadas e desarticuladas com o serviço já estruturado que realiza atendimento em saúde mental.

Em 1998, o CAPS promove uma Capacitação em Saúde Mental para os servidores da SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde, na tentativa de ampliar o atendimento em saúde mental para a rede básica de saúde. Essa capacitação teve duração de 5 dias com um número de participantes muito abaixo do que se esperava. O maior público era composto por Auxiliares de Enfermagem e Agentes de Saúde. O Serviço Social e a Psicologia participaram, mas em número reduzido e só havia dois médicos na Capacitação. Essa capacitação seria dividida em dois módulos, no entanto a segunda parte do projeto não chegou a concretizar-se.

Nos anos de 1999 e 2000, a clientela continuou a crescer. A equipe aumentou com a contratação de um clínico geral, um psicólogo, um auxiliar administrativo e uma terapeuta ocupacional, que ampliou o atendimento na Oficina Terapêutica.

Em 1999, é aprovada a Portaria n. 1.077, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica. Assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental.

Nessa época já existia uma farmácia básica, junto a Policlínica, que distribuía as medicações psiquiátricas. Cabe destacar que um número reduzido de medicações era disponibilizado, situação que melhorou no segundo semestre de 2000, a partir de uma solicitação do CAPS, que pedia a inclusão de uma série de medicações. A solicitação foi atendida, mas a falta de medicações ainda é uma rotina. O Ambulatório também recebe medicação injetável, que é distribuída pela Policlínica.

Em fevereiro de 2000, é aprovada a Portaria n. 106, que cria e regulamenta o funcionamento dos “Serviços Residenciais Terapêuticos”. O Serviço Residencial Terapêutico é destinada a usuários que passaram muito tempo institucionalizados e

perderam todo o vínculo com os familiares. O serviço assemelha-se a rotina de uma casa, onde todos têm sua função. Neste local, o usuário desenvolve atividades da vida cotidiana e são acompanhados por uma equipe composta de médico, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional e educador social.

Desde a Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1999, que já se apontava a importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implementação dos lares abrigados, agora mais propriamente designados de serviços residenciais com função terapêutica. A Portaria n. 106 tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propagada, e para alguns insubstituível, “hospitalidade” do hospital psiquiátrico.

Em julho do mesmo ano a aprovação da Portaria n. 799, determina a avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo SUS, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como a proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no País.

No ano de 2000 foram realizadas eleições para escolha de prefeito e o PT reelege-se. O fato de permanecer no poder o mesmo partido dos últimos quatro anos e, com isso a manutenção do Secretário Municipal de Saúde, a equipe decidiu realizar uma nova eleição para escolha da coordenação que posteriormente seria encaminhada ao Secretário para ratificação. A eleição foi realizada em fevereiro de 2001, sendo que se candidataram para eleição a coordenação atual e um psicólogo. É realizada reunião para explanação de propostas e é agendada data para a eleição. A coordenação atual recebe a maioria dos votos da equipe. No dia seguinte a eleição, a Superintendente de Políticas em Saúde apresenta o psicólogo que havia se candidatado como novo coordenador do CAPS. A maioria da equipe não aceita e inicia-se um movimento de recusa a coordenação escolhida. O Sindicato dos Servidores Municipais de Blumenau – SINTRASEB é chamado para participar das negociações. O CAPS paralisa suas atividades por 01 dia e um interventor assume a coordenação do CAPS por um mês.

Em maio de 2001, a coordenação é assumida por outra Assistente Social. Alguns profissionais são remanejados e a equipe recebe dois Assistentes Sociais, uma Psicóloga e uma Estagiária. A coordenação dá continuidade aos trabalhos e amplia o atendimento na Oficina Terapêutica com grupo de psicoterapia aos psicóticos.

O número de usuários cadastrados em 2001 ultrapassa os 11.000, e existe uma preocupação em readequar o serviço, já que o CAPS deveria atender os pacientes psicóticos graves e crônicos e dependentes químicos, no entanto, sua maior clientela é de neuróticos e depressivos. A discussão gerou algumas propostas, como a implantação de um projeto piloto em Ambulatório Geral, com equipe mínima, que capacitaria todas as unidades de saúde e Programa de Saúde da Família – PSF, da região. Também propôs-se uma capacitação a todos os servidores da SEMUS, sem criação de equipe mínima. Além disso, o serviço de dependência química deveria ser separado, já que a clientela aumentava a cada dia e a necessidade de um serviço especializado era cada vez mais sentida pelos técnicos que realizavam atendimento no CAPS. A equipe do CAPS reunia-se para discutir assuntos diversos quinzenalmente.

Em 2001 realiza-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental do município, com o lema “Cuidar sim, excluir não”. A Conferência ocorreu nos dias 5 e 6 de outubro, nas dependências do Grande Hotel Blumenau, em Blumenau. A abertura oficial, no dia 05 de outubro, contou com a presença de diversas autoridades municipais, estaduais, técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social, Criança e Adolescente, usuários, familiares, entidades não-governamentais e a comunidade.

O número de inscritos superou as expectativas da Comissão Organizadora que, previamente, sistematizou a dinâmica para a realização das atividades propostas para o melhor aproveitamento possível dos trabalhos a serem realizados no evento.

Após o cerimonial de abertura, uma palestra com o psicólogo Marcus Vinícius de Oliveira Silva, Presidente do Conselho Federal de Psicologia, abordando o tema “Retrospectivas da Saúde Mental no Brasil, centradas na Reforma Psiquiátrica”, deu início aos trabalhos da noite.

No dia 06 de outubro, os trabalhos iniciaram com a leitura, reformulação e aprovação do Regimento da I Conferência de Saúde Mental em sessão plenária, seguido de palestra proferida pela Professora Maika Arno Roeder, Coordenadora Estadual de Saúde Mental. O tema serviu de subsídio para os trabalhos de grupo.

Seguindo as orientações do tema para a III Conferência Nacional em Saúde Mental e buscando a otimização das discussões, os trabalhos foram divididos por grupos que teriam por objetivo discutir os seguintes subtemas:

**Grupo I – Financiamento e Recursos Humanos:**

- redirecionamento dos recursos do Ministério da Saúde, adequando-os ao novo modelo de Atenção Psicossocial;
- redistribuição de recursos destinados exclusivamente a assistência terciária em Saúde Mental para a atenção substitutiva de forma eqüitativa em todos os níveis de atenção ao sofrimento psíquico;
- regulamentação, pelo Ministério da Educação, de conteúdos teóricos práticos que atendam ao novo modelo de Saúde Mental (em consonância com a Lei 10.216/2001), permitindo uma efetiva formação acadêmica integrada a Saúde Comunitária para os profissionais da área de saúde;
- propor à FURB uma maior participação nas atividades de Saúde Mental existentes e a implementação através de projetos de extensão de longa permanência em programas voltados a esta área, com contínua e intensa supervisão;
- viabilizar, conforme deliberação da IV Conferência Municipal de Saúde, a implantação do Conselho Gestor dos Serviços de Saúde Mental;
- garantir o atendimento comunitário em Saúde Mental de forma descentralizada, capacitando a Rede Básica.

**Grupo II – Controle Social:**

- constituir Comissão Municipal de Saúde Mental, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, segundo portaria já existente, observada a paridade entre usuários, prestadores de serviços, trabalhadores de Saúde Mental e Governo;

- a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde deverá chamar um Fórum de Saúde Mental para discutir a Política Pública da área no município e, posteriormente, avaliar a necessidade ou não de integrar com outros fóruns de Políticas Públicas, definindo se terá caráter permanente.

### **Grupo III – Direito, Acessibilidade e Cidadania:**

- capacitação de toda a rede de profissionais que atendem a comunidade, enfatizando a atenção primária (promoção em saúde), bem como a atenção secundária (prevenção em saúde);
- adequação dos prontos-socorros dos hospitais gerais para o atendimento de urgência/emergência em saúde mental, com equipe interdisciplinar capacitada;
- readequação do Núcleo de Atenção à Saúde do Escolar – NAES, para o atendimento integral em Saúde Mental à criança e ao adolescente, com equipe interdisciplinar, seguindo as hierarquizações do SUS;
- criação de um dispositivo na Rede Municipal para o atendimento a dependências químicas, com atenção familiar, em equipes interdisciplinares especializadas e em espaço físico adequado;
- adequação dos serviços do CAPS às orientações do Ministério da Saúde.

Uma das questões mais debatidas é a do atendimento infanto-juvenil, já que atualmente não existe atendimento psiquiátrico nessa área no município. Esse atendimento era realizado pelo NAES, que possuía um psiquiatra em seu quadro de profissionais até o início do ano 2000. Com sua saída, o CAPS passou a ser “demandado” para atender essa clientela, mesmo já comportando um serviço com dificuldade em atender a sua extensa demanda e sem a mínima estrutura para atender crianças. Como deliberação da conferência sobre esse tema, o NAES teve de ser readequado para realizar o atendimento psiquiátrico infanto-juvenil. Até lá o CAPS continuava a realizar os atendimentos de urgência.

Após uma ampla discussão sobre o serviço de assistência à saúde mental, definiu-se como prioridade, à criação de redes diversificadas de atenção à saúde

mental, e fica deliberado que a rede primária deve ser capacitada para realizar tal atendimento. O Programa de Saúde da Família, também deverá realizar o acompanhamento desses usuários. Outros órgãos como Organizações Não-Governamentais – ONG's, Associação de Moradores e Igrejas deverão promover ações em Saúde Mental, ou ceder seu espaço para esse fim.

Também fica deliberado que na grade curricular dos cursos universitários conste à disciplina de saúde mental. Outra deliberação foi a do Pronto Socorro Psiquiátrico, previsto nas duas últimas Conferências Municipais de Saúde. Além disso, a proposta de separação da dependência química do CAPS é aceita.

A realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Blumenau reflete uma antiga necessidade em discutir os rumos do atendimento em saúde mental no município, já que a clientela cresce em ritmo acelerado, enquanto o serviço não tem mais condições de absorver essa demanda e tratá-la com a devida qualidade. Dessa forma, torna-se um desafio, para toda a equipe de profissionais do serviço de saúde mental, da rede de serviços de saúde em geral, da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Blumenau a efetiva implementação de uma política de saúde mental que atenda as necessidades da população.

Em 2001 a equipe do CAPS era composta por 2 assistentes sociais, 2 auxiliares administrativos, 4 auxiliares de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, 3 psicólogos, 3 psiquiatras, 2 porteiros, 2 terapeutas ocupacionais, 2 vigias (noturnos) e 2 estagiários.

O espaço físico era composto por 3 banheiros, 4 consultórios, uma cozinha, 3 salas de atendimento, uma sala de enfermagem, duas salas de espera, duas salas para grupo, duas salas de oficina terapêutica e duas salas de recepção. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, no horário das 07:00 às 17:00h.

São atendidas pessoas de ambos os sexos, que apresentam transtorno psíquico (a partir de 18 anos), preferencialmente transtornos psicóticos graves, em fase de agudização ou não, e ainda, dependentes químicos (álcool/drogas).

Os casos novos que chegam ao CAPS são atendidos na recepção, onde é preenchido o cadastro, com os dados familiares, culturais, econômicos e familiares. Depois do cadastro o usuário e o acompanhante são encaminhados à pré-consulta.

O primeiro contato do usuário com o serviço se dá através da pré-consulta, realizada por auxiliares de enfermagem, que colhem o histórico do usuário, suas queixas, condições de trabalho, relato do relacionamento familiar e social, tratamentos anteriores e outras informações que se façam necessárias. A pré-consulta tem como objetivo a racionalização para tornar mais eficiente o processo de trabalho e oferecer maior qualidade no atendimento a saúde. Após esse procedimento, o profissional que realiza a pré-consulta, encaminha o usuário para os atendimentos que o ambulatório dispõe.

Os casos que já são atendidos no CAPS, e voltam ao serviço sem consulta marcada ou com dúvidas, ou ainda em casos de emergência ou agudização do quadro são atendidos no Pronto Atendimento, que é realizado por diversos profissionais do ambulatório. O Pronto Atendimento – PA, após o atender o usuário, encaminha-o para os diversos serviços oferecidos no CAPS, ou ainda para atendimento em outras instituições. O profissional do PA tem a autonomia de internar ou tomar atitudes que se façam necessárias no atendimento ao paciente e seus familiares. A atuação do PA é muito discutida pela equipe, pois o profissional que realiza esses atendimentos se depara com situações que deveriam ser atendidas em um pronto socorro psiquiátrico, serviço que o município ainda não possui, embora já tenha sido deliberado, nas duas últimas Conferências Municipais de Saúde, a criação de um Pronto Socorro Psiquiátrico.

O Pronto Socorro do Hospital Santo Antônio, conveniado com o SUS, tem uma grande resistência em atender portadores de transtorno psíquico e dependentes químicos (álcool/drogas), mesmo nas situações em que existam complicações clínicas. O estigma que essas pessoas ainda carregam, dificulta o acesso a outros serviços na área de saúde. Os clínicos dos ambulatórios e unidades de saúde muitas vezes se negam a realizar o atendimento porque o usuário é atendido no CAPS, não importando se a queixa que ele apresenta no momento é clínica. O mesmo acontece aos pacientes dependentes químicos (álcool/drogas), que procuram o posto para realizar desintoxicação e são reencaminhados ao CAPS sob alegação de que só o psiquiatra pode realizar tal procedimento, o que não é verdade.

Os Psiquiatras realizam consultas individuais, para tratamento, diagnóstico, terapia de apoio e esclarecimentos. O trabalho dos Psicólogos se dá através de

psicoterapia individual, grupos, oficinas de trabalhos manuais, expressão corporal e pintura em cerâmica e tem como objetivo aumentar a auto-estima do paciente, facilitar a percepção das limitações, e evitar a deterioração, cronificação, hospitalização, contribuindo para sua independência, reabilitação, ressocialização e qualidade de vida.

As Terapeutas Ocupacionais desenvolvem seu trabalho na oficina terapêutica, atendendo pacientes com transtorno psíquico cronicado, através de atividades como pinturas em madeiras e tecidos, atividades expressivas/esportivas, lazer, entre outras. Também realizam atendimento individual com os usuários da Oficina, avaliação e triagem para inserção de novos pacientes e grupos com os familiares.

Em 2002, o serviço muda a sua sede que ficava na área central para um espaço mais amplo, em uma área residencial da cidade. Nesse período o CAPS enfrenta outra dificuldade, que é a saída de dois profissionais médicos-psiquiatras da equipe. Com isso, muitos pacientes ficam sem atendimento. Embora haja interesse na contratação de mais profissionais, não aparecem interessados e a reposição dos profissionais só se efetiva em 2004.

Atualmente o CAPS, intitulado agora como CAPS II, seguindo as normatizações do Ministério da Saúde dispõe dos seguintes grupos:

- Grupo Informativo com temas variados, destinado a usuários e familiares;
- Psicoterapia de Grupo destinado a usuários com Transtorno Mental grave;
- Grupo de Atividades Físicas com Professor de Educação Física;
- Grupo da Oficina Terapêutica que realiza passeis a espaços públicos;
- Grupo de Dança e Expressão Corporal;
- Grupo com pacientes egressos de internação em unidade psiquiátrica.

Atualmente o CAPS II tem cadastrado cerca de 15.000, sendo que são realizados cerca de 1.500 atendimentos/mês, distribuídos entre todos os profissionais da equipe. Os dados do Quadro 1, demonstram que a procura pelo atendimento em Saúde Mental vem crescendo nos últimos 4 anos:



ANO	QUANTIDADE
2000	3452
2001	3666
2002	3962
2003	3661

**Quadro 1 – Número de usuários atendidos**

Fonte: CAPS Blumenau (2004)

ANO	QUANTIDADE
2000	1825
2001	1763
2002	1831
2003	1434

**Quadro 2 – Usuários Novos cadastrados**

Fonte: CAPS (2004)

Esses dados permitem perceber que a demanda pela procura dos serviços de Saúde Mental mantêm um ritmo sustentado nos últimos quatro anos. O CAPS é um serviço de saúde de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

As pessoas atendidas no CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos mentais relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004b, p. 32).

O que acontece no CAPS de Blumenau é semelhante ao que ocorre em outros CAPS do Brasil. Sem um suporte de rede que atenda os casos leves de depressão e neuroses leves, todos os usuários, independente da gravidade são encaminhados ao CAPS, o que acaba por exceder a capacidade de atendimento do serviço, não permitindo que os pacientes com transtornos graves que necessitam de cuidados intensivos sejam atendidos com atenção adequada.

Atualmente o CAPS II possui um número de 15.300 usuários cadastrados, mas os dados não expressam a dimensão do número de pacientes com transtornos graves. Na tentativa de adequar o serviço ao que preconiza o Ministério da Saúde, a equipe do CAPSII vem formulando o denominado “plano terapêutico” para os pacientes já em atendimento, bem como para os novos cadastrados.

Essa ação tem como objetivo avaliar se o usuário necessita de cuidados intensivos oferecidos pelo CAPS ou se pode ser encaminhada para algum outro serviço da rede. Cabe destacar que a rede primária de serviços apresenta dificuldade em diagnosticar e tratar os usuários portadores de Transtorno Psíquico.

Muito discutida pela rede de serviços primários e enfatizada na I Conferência de Saúde Mental, a Capacitação para essas equipes praticamente nunca existiu. No ano de 2003, uma equipe composta por psicólogo, psiquiatra, assistente social, enfermeira e auxiliar de enfermagem iniciaram um trabalho de orientação com 8 dos 32 PSF existentes no município. Nas equipes onde houve esse trabalho de capacitação as equipes de PSF conseguiram absorver a demanda de pacientes com distúrbio leve, além de, em conjunto com a equipe do CAPS II atender os pacientes com transtornos mais graves.

Em junho de 2003 iniciou-se um processo para criar um Protocolo de Saúde Mental, visando normatizar os atendimentos de saúde mental. Além da normatização esse protocolo propunha a antiga idéia de criar, levando em conta a territorialização do município, a criação de uma equipe mínima de saúde mental, composta por psiquiatra, assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo. Essa discussão ainda continua e com a mudança de governo, do Partido dos Trabalhadores – PT para o Partido da Frente Liberal – PFL, consolidada para o governo de 2005 muitos dos projetos talvez tenham continuidade ou passem por um processo de reformulação.

A descentralização dos serviços de saúde mental é o grande desafio nas ações de saúde mental. A escassez de recursos, aliada a falta de capacitação de profissionais e ao próprio preconceito e medo ainda marcantes em nossa sociedade, as ações em saúde mental ainda terão de ser muito discutidas, ampliadas e implementadas.

Uma situação que tem preocupado é o consumo excessivo de fluoxetina, indicado nos tratamentos para depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e bulimia nervosa. Em 12/03/05, foi divulgada a seguinte informação no Jornal de Santa Catarina.

Farmácia Básica de Blumenau recebeu 100 mil drágeas na quarta-feira – 20 mil a mais que o usual – e distribuiu, em apenas um dia 92 mil comprimidos. A demanda da cidade, segundo a bioquímica Maike Krausser, é de pelo menos 120 mil drágeas por mês apenas para os usuários da rede pública (RODRIGUES, 2005, p. 16).

A reportagem ainda traz um comparativo entre o consumo do antidepressivo em Blumenau e Florianópolis. Blumenau, com uma população de 287.350 distribui cerca de 100 mil comprimidos/mês e a ainda apresenta uma demanda reprimida que não consegue ser atendida, enquanto que, em Florianópolis são distribuídos 115 mil para uma população de 386.913 habitantes e a distribuição do remédio dá conta de atender a demanda, diferentemente de Blumenau que no máximo em cinco dias após a chegada do remédio, não o possui mais para distribuição.

Outra questão apontada nessa entrevista apontou o excesso de trabalho como um dos principais causadores de depressão na Região Sul do Brasil. Não só excesso de trabalho como as mudanças na produção e a precarização e pressão no ambiente de trabalho foram destacados como elementos desencadeadores de transtornos comportamentais.

O Município de Blumenau implementou também em 2004 o Centro de Atenção Psicossocial-álcool/drogas – CAPS-ad, que é um serviço destinado a pacientes com algum tipo de dependência psicoativa (álcool e outras drogas). Esse serviço era anteriormente oferecido no CAPS II. No CAPS-ad é oferecido atendimento médico, de enfermagem, psicologia e assistência social. Os pacientes cadastrados nos CAPS II usuários de substâncias psicoativas já foram todos transferidos para o CAPS-ad e os novos já são encaminhados diretamente para esse serviço.

O CAPS-ad oferece atendimento individual e grupal aos pacientes e seus familiares. Como último recurso o paciente pode ser encaminhado para internação em hospital. Até julho do corrente ano, o município não tinha convênio com centro de recuperação. O CAPS-ad está montando uma estrutura para que os pacientes

possam realizar a desintoxicação no próprio ambulatório, mas até o momento ainda não há estrutura para tal atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2004b, p. 24):

Os CAPS-ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces (prevenção), limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária.

Um dos enfoques mais importante a ser dado na questão da dependência química é a prevenção, e o município de Blumenau parece estar dando pouca importância a esse fato, pois o CAPS-ad não realiza trabalho de prevenção, talvez por sua elevada demanda e o pouco número de profissionais disponíveis, mas o fato é que não realiza. O COMEN que possui atribuição para realizar um trabalho de orientação nas escolas, também tem mostrado pouca atividade. O único serviço contínuo e organizado que o município possui é realizado pela Polícia Militar em todos os colégios, durante o ano letivo. Outras formas de intervenção social são realizadas também por grupos religiosos.

O CAPS-ad possui aproximadamente 1.100 usuários cadastrados e 500 atualmente em tratamento. O serviço realiza 160 atendimentos/mês. Existe uma série de projetos a serem implementados no serviço, como a criação de oficinas terapêuticas, hortas comunitárias e outros. Com a mudança de governo todos esses projetos estão parados esperando definições do rumo que a saúde mental deve seguir.

Finalizando, a rede de serviço de saúde mental pública é também integrada pelo CAPSi.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indicam que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo portanto os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004b, p.23).

O CAPSi possui aproximadamente 630 crianças/adolescentes cadastrados e 150 atualmente estão em tratamento, são realizados aproximadamente 80 atendimentos/mês. Devemos considerar que para cada usuário o tratamento se estende a toda a família ou responsável legal. São oferecidos atendimentos médico, psicológico, fonoaudiológico, pedagógico, de enfermagem e assistência social.

Existe uma grande articulação entre esse serviço e os demais órgãos responsáveis pelas Políticas Públicas de Atenção e Proteção a Criança e ao Adolescente. No entanto, este serviço – ainda pela demanda reprimida acima exposta – não consegue atingir completamente seu objetivo, já que muitos outros casos nem sequer chegam a se manifestar enquanto uma demanda. A violência, negligência ou omissão praticada contra a criança é escondida de forma covarde e silenciosa pelas pessoas que a cometem ou presenciam tal situação.

Sendo assim, é necessário que exista uma união e comunicação cada vez maior entre esses órgãos para a prestação de um serviço de qualidade destinado às crianças e adolescentes que necessitam de alguma intervenção psicossocial.

Retomando a questão que focaliza nossas atenções, a política de saúde mental implementada a partir da reforma psiquiátrica, é necessário frisar a política implementada a respeito das vagas para internação psiquiátrica. Desde dezembro de 2004, o Hospital Santa Catarina, que disponibilizava leitos em unidade psiquiátrica suspendeu o convênio que mantinha com a Secretaria de Saúde e, até o mês de julho do corrente ano, não havia outro hospital disponibilizando esse serviço aos usuários da rede pública, o que contribuiu para que pacientes fossem encaminhados para internação em Florianópolis. Embora a política de saúde mental coloque a internação como último recurso, é importante registrar que ela se faz necessária muitas vezes, até como medida de proteção, portanto, uma cidade do porte de Blumenau não poderia ficar sem a oportunidade de usufruir desse serviço.

Essa situação só foi resolvida no final de julho do corrente ano, quando realizou-se um acordo verbal entre o Secretário Municipal de Saúde e o Diretor do Hospital Santo Antônio, disponibilizando 10 leitos em unidade psiquiátrica naquele hospital. Cabe destacar que essa Unidade Psiquiátrica está estruturada desde o início de 2004, mas a direção do Hospital Santo Antônio não se credenciou com o

SUS para atender essa hospitalidade, optando por um acordo entre o Hospital e a SEMUS.

O Edital de credenciamento com o SUS para internação em Unidade de Psiquiatria está disponível desde janeiro na Secretaria de Administração/Departamento de Compras. Até o mês de agosto do ano corrente, não houveram hospitais interessados em realizar tal credenciamento.

Com a mudança dos governantes municipais e a posse de uma nova coordenação, os gestores municipais reuniram-se para elaborar um Planejamento Estratégico em todos os segmentos da política social: saúde, educação, habitação, entre outros.

Especificamente na área de Saúde Mental foram arroladas algumas estratégias que o município deve pugnar por implementar, entre elas: a capacitação da rede primária de saúde e das equipes dos três CAPS, a criação e promoção de atividades de lazer aos portadores de transtorno psíquico, o trabalho de desmistificação da saúde mental através dos meios de imprensa e a reestruturação das ações voltadas para a saúde mental com a territorialização dos atendimentos. Essas ações estão sendo discutidas entre os Gestores Municipais e os integrantes das equipes dos CAPS a fim de implementá-las o mais breve possível.

Procurou-se apresentar neste capítulo os aspectos mais destacados da trajetória das políticas públicas voltadas à área da saúde mental no Município de Blumenau, desde a sua implantação em 1988, até o ano de 2004, apresentando algumas informações até meados de 2005. São dezesseis anos de história marcados por conquistas e alguns retrocessos. Acredita-se que este capítulo reúne os fatos mais importantes desse processo, que culminaram no que é hoje, a atenção em saúde mental do município.

### **CAPÍTULO III**

## **UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2004)**

### **3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E NO MUNDO**

Inicialmente, considera-se importante abordar, brevemente, o surgimento das políticas públicas no Brasil e no mundo, cujas repercussões se estendem até à atualidade.

A expansão do capitalismo e as transformações no mundo do trabalho, intensificaram as questões sociais, principalmente depois da crise econômica de 1929, com a quebra da Bolsa de Nova Iorque. Ocorrida em 24 de outubro de 1929, a quebra da bolsa é um marco de uma crise econômica ocorrida nos Estados Unidos da América – EUA, que teve repercussões mundiais. A crise fez o número de desempregados atingir 13 milhões e mergulhou o país em depressão (HARVEY, 1993).

O Estado liberal caracteriza-se, principalmente, pela separação entre Estado e economia e pela tentativa de reduzir a política à chamada sociedade política, isto é, por tentar despolitizar as relações econômicas e sociais. Ao tentar separar a política da economia, o Estado liberal definirá, por um lado, um conceito de sociedade reduzida aos produtores, e aos cidadãos, por outro, ambos faces da mesma moeda, mas separados por esferas de atuação. Um Estado de cidadãos e uma sociedade de proprietários é o fim do conceito de classe social. (TOLEDO, 1997, 72).

A crise foi o desfecho de um período de grande expansão. A hegemonia econômica mundial que os EUA assumiram depois da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) trouxe altas taxas de crescimento interno. O progresso técnico possibilitou grande aumento de produtividade industrial. O crescimento do poder aquisitivo da população e a liberalização do crédito provocaram uma explosão no consumo. Os investidores, atraídos pela grande expansão das empresas, tomaram empréstimos bancários para comprar ações e revendê-las com lucro.

Esse processo especulativo fez com que, de 1925 a 1929, o valor das ações das empresas subisse extraordinariamente. A capacidade de consumo interno não

acompanhou o aumento da produtividade, gerando um grande excedente, agravado pela reconstrução da indústria europeia. Capitais privados norte-americanos foram repatriados do exterior, diminuindo as exportações. Os preços dos produtos agrícolas começaram a baixar e os fazendeiros a falir. As indústrias diminuíram a produção, gerando massas de desempregados. Os acionistas, alarmados com a situação das empresas procuraram vender todos os papéis na bolsa.

Em 1932, a redução nos salários chegou a 60%. Os preços agrícolas despencaram e os agricultores perderam suas terras hipotecadas aos bancos. A queda dos preços das matérias-primas e a diminuição das exportações e dos créditos norte-americanos a outros países deram uma amplitude mundial à crise.

No auge da crise, em 1932, Franklin Roosevelt, assume a presidência dos EUA, iniciando um programa de reformas econômicas e sociais conhecido como New Deal (Novo Acordo). Roosevelt criou mecanismos de controle de crédito e um banco para financiar as exportações; concedeu uma linha de crédito especial para os agricultores levantarem suas hipotecas e, também, subsídios aos estados para o seguro-desemprego. Fixou salários mínimos e limitou as jornadas de trabalho, legalizou os sindicatos, ampliou o sistema de previdência social e lançou um programa de grandes obras públicas para absorver os desempregados. Desde o fim da Primeira Guerra Mundial, os EUA são os maiores credores e financiadores das nações capitalistas europeias. Assim, a crise econômica alastrou-se rapidamente para os países que dependiam fortemente do capital norte-americano. Na Inglaterra, em 1931, e na Alemanha, em 1932, o desemprego chegou a atingir 25% da força de trabalho.

O avanço do capitalismo também fomenta as lutas pela garantia da satisfação das necessidades sociais: a alimentação, a habitação, a saúde e a educação. Desta forma a “questão social” transforma-se em fato político, e as sugestões para solucioná-las constituem-se em elementos definidores de projetos e partidos políticos. Claro que ela não adquire a mesma importância em todos eles – para uns é uma questão central e requisito de seu fim libertário; para outros é um imperativo humanista-cristão; para outros, ainda é um elemento necessário de legitimação – mas para todos é uma questão inevitável (LAURELL, 1997, p. 168).

Nesse cenário, o Estado, que anteriormente assumia uma postura de “Estado Mínimo” se vê obrigado a dar alguma resposta à crescente demanda de desempregados, pobres, excluídos e doentes. Além de criar direitos sociais para os



trabalhadores o Estado passou a formular e implementar políticas públicas em diversas áreas.

As políticas públicas têm sido criadas como resposta do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior, sendo expressão do compromisso público de atuação numa determinada área em longo prazo. Pode-se entender a política pública como linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, os direitos que as fundamenta é um direito coletivo, não individual. (PEREIRA *apud* CUNHA et al, 2002, p. 59).

O Estado de Bem-Estar Social tinha suas bases fundadas na garantia de direitos sociais e universais, no entanto, uma nova doutrina denominada Neoliberalismo passou a ser a alternativa mais adequada para acompanhar os interesses do capitalismo. Uma das inovações do modelo em relação ao liberalismo é a intervenção indireta do Estado na Economia para garantir a sua sobrevivência, já que os neoliberais não confiam na autodisciplina espontânea do sistema.

Uma das causas do fracasso do liberalismo pode ser atribuída à sua incapacidade de “[...] sustentar o crescimento econômico sem grandes crises, assim como de garantir a ordem social.” (NOVELO *apud* LAURELL, 1997, p. 75).

O neoliberalismo coloca o controle de preços como peça-chave da economia e a função do Estado é manter o equilíbrio dos preços por intermédio da estabilização financeira e monetária, obtidas basicamente com políticas antiinflacionárias e cambiais. A liberdade econômica das empresas e as leis de mercado continuam como dogmas no neoliberalismo. A nova doutrina atribui ao Estado a função de combater os excessos da livre concorrência e o controle dos mercados pelos grandes monopólios.

Um dos instrumentos para disciplinar a economia é a criação de mercados concorrenciais por meio de blocos econômicos, como a União Européia. Para os neoliberais, o Estado não deve desempenhar funções assistencialistas, o que resultaria numa sociedade completamente administrada e, portando antiliberal. É a sociedade civil que deve buscar novas formas de resolver seus problemas. Ao Estado cabe apenas a tarefa de garantir a lei comum, bem como equilibrar e incentivar as iniciativas da sociedade civil.

O Neoliberalismo é incapaz de cumprir sua promessa de liberdade e de igualdade no mercado. Primeiro, porque as grandes corporações de capital se fortalecem e a suposta igualdade econômica se transformou numa caricatura. Segundo, porque a dispersão e perda da identidade de sujeitos sociais, o “salve-se quem puder”, não elimina por si a existência de classes sociais e o surgimento já anunciado de novos sujeitos com novas identidades pós-neoliberais (TOLEDO, 1997, p. 84).

Mesmo com a doutrina do neoliberalismo fortemente arraigado nos Estados, ocorreram grandes movimentos e embates sociais na década de 1970, que resultaram em conquistas e garantias sociais.

No Brasil, esse movimento de mudanças também iniciou-se na década de 1970 e foi fortalecido na década seguinte, período em que o País estava vivendo um momento de democratização. A proposta de mudanças foi consolidada através da Constituição de 1988. A Carta consolida valores democráticos e avança na definição e na proteção dos direitos sociais, coletivos e individuais, tendo como proposta inovadora a democratização dos processos decisórios, igualdade e integralidade nas políticas públicas.

A participação da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas foi um passo importantíssimo na revisão das políticas públicas até então empregadas. Sendo assim, o Estado caminhava para uma postura de “Estado de Bem-Estar Social”.

Os inúmeros movimentos sociais ocorridos no fim da década de 1970 e início da década de 1980, nas mais diversas áreas (saúde, educação e assistência) propiciaram discussões sobre as temáticas envolvidas, que, posteriormente foram transformadas em Políticas Públicas de atendimento àquela demanda.

Especificamente, na área de saúde mental, os movimentos sociais do final dos anos 1970 e início da década de 1980, inicialmente, trouxeram à tona somente a questão dos maus tratos oferecidos aos portadores de transtorno psíquico, sem propor outras políticas públicas voltadas para o atendimento dessa clientela (AMARANTE, 1996).

Em 1978, embalados pelo processo de redemocratização da época, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, que reivindica um tratamento mais humanizado ao portador de transtorno mental, bem como sua

reinserção na sociedade, fato novo até então, já que toda a proposta de tratamento era voltada para a exclusão do doente.

Esse novo paradigma configurou as Políticas de saúde mental de vários países ocidentais a partir da década de 1980, e, na América do Sul, exerceu forte influência, manifestada na Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, e realizada em Caracas, em novembro de 1990.

Essa conferência elabora a Declaração de Caracas – uma conclamação aos governos e demais atores sociais e políticos no campo da saúde mental a promoverem mudanças radicais na assistência, condenando o aspecto segregador e isolador das técnicas empregadas até então para os ditos loucos.

Essas recomendações da OPAS tiveram conseqüências em diversos países, dentre eles o Brasil, que vinha passando por recentes experiências inovadoras, teve seu ordenamento jurídico do setor de saúde, a partir de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde.

A partir daí, experimentaram-se transformações qualitativas na política de saúde mental, foram criados os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Oficinas Terapêuticas e outros espaços, onde o doente mental pudesse conviver com a sociedade que o cerca. Além disso, a Legislação em Saúde Mental também progrediu muito e o doente mental também pôde contar com um respaldo legal na luta contra o preconceito social.

### 3.2 UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1988-2004)

O que buscamos analisar é de que maneira o Município de Blumenau acompanhou essas mudanças, o que foi implementado no município e como, atualmente, a rede de saúde mental está estruturada, para então se chegar ao objetivo deste trabalho: construir uma análise acerca da política de saúde mental do município.

O atendimento em saúde mental no município teve seu início em 1988. Anteriormente, todos os registros dão conta de que os casos que necessitavam

qualquer atendimento na área de saúde mental eram encaminhados à Colônia Sant'Ana, em Florianópolis, sendo o município apenas responsável pelo transporte do usuário.

O primeiro programa de Saúde Mental do município era destinado a crianças com dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento escolar. Verificou-se que, em muitas dessas famílias, havia membros usuários de álcool e outras drogas, então, o programa criou um atendimento voltado para Prevenção e Tratamento do Alcoolismo. Os atendimentos eram realizados em salas cedidas pelo Hospital Santo Antônio.

Mesmo já tendo 10 anos do início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pode-se observar que o atendimento para saúde mental era:

Fortemente influenciado pelo modelo hospitalocêntrico, esta assistência era altamente medicamentosa, individualizada e centrada na crise. Correspondendo ao modelo segregador e de exclusão da cidadania, esta prática era isolada, e, como não havia trabalho em equipe multiprofissional, a família era relegada à condição de informante e de acompanhante do paciente. (CHAVES, 1995, p.131).

Cabe destacar também o momento que o município vivia com relação à prestação de serviços de saúde aos usuários. Não havia ainda sido implantado no município o atendimento nos bairros, sendo que o enfoque de atendimento era hospitalar. O município possuía dois Centros de Saúde apenas, um no bairro Garcia e outro no centro da cidade, que também não dava conta de atender toda a demanda. Sendo assim, não era só o atendimento à saúde mental que era precário, mas sim todo o segmento de saúde, que não possuía ainda uma rede estruturada de serviço.

O Hospital Santa Isabel tinha em suas instalações uma unidade de Psiquiatria particular destinada aos usuários com poder aquisitivo para usufruí-la.

Em 1989, o Programa ampliou a equipe e enfocou ainda mais o atendimento a dependentes químicos (álcool/drogas), demanda que crescia a cada dia. Esse programa passou a ser estendido aos servidores públicos municipais, devido à grande demanda de servidores com problema de dependência química. Nesse momento, ampliaram-se os atendimentos aos bairros e, os mais populosos passam a ter Ambulatórios Gerais. A necessidade de ampliar os atendimentos fez com que se

promovesse um programa de capacitação a esses Ambulatórios. O serviço mudou sua sede de Atendimento para o Ambulatório do bairro Garcia. Nos registros do serviço há relatos de grande resistência por partes do ambulatórios em atender à clientela, devido à falta de conhecimento e capacitação.

Em outubro de 1991, foi aprovada a Portaria nº 189, que alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental, além de definir o SUS como principal financiador do sistema público, oferecendo aos demais gestores a possibilidade de implantar serviços substitutivos. Aprovou também os procedimentos de CAPS/NAPS, oficinas terapêuticas, atendimento grupal e visita domiciliar.

Nesse mesmo ano foi criado o COMEN, pois foi constatada a crescente demanda de usuários de álcool e outras drogas no município. O Programa foi transferido do bairro do Garcia para o Centro de Saúde, localizado na na área central do município. O Programa implantou atendimento grupal e familiar aos usuários do serviço. Nesse ano, também foi realizado um convênio com o Hospital Santa Catarina (Unidade de Psiquiatria) para o recebimento de pacientes que necessitavam de desintoxicação hospitalar. O atendimento de pacientes com transtorno psíquico era realizado com pouca freqüência nesse serviço e a forma de encaminhamento mais utilizada para essa clientela ainda continuava sendo a internação na Colônia Sant'Ana. Percebe-se que o município demorou a criar um serviço que atendesse à clientela com transtorno psíquico, mesmo com a aprovação da criação dos serviços substitutivos: CAPS e NAPS.

Só em 1992 o atendimento específico a essa clientela foi criado. Na época, ele foi estruturado no Posto de Atendimento Médico – PAM (antigo INAMPS). No local, uma profissional de psiquiatra realizava atendimentos aos usuários portadores de transtorno psíquico. Não havia intervenção de qualquer outra especialidade e o atendimento era focado apenas com intervenção medicamentosa.

Nesse ano foi realizado convênio com o CERENE, destinado à recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, em caráter de longa permanência. A entidade é uma organização de confissão religiosa e impunha uma rotina muito rígida aos internos, como a prática de oração a cada refeição, a leitura da bíblia em diversos momentos do dia, a não visitaçãõ da família, a obrigação em participar de todos os ritos religiosos praticados no local, entre outros. Essa situação gerou uma

série de denúncia por parte dos internos, relatadas na ocasião de sua alta, o que acabou por gerar uma séria discussão entre os gestores municipais e a equipe do CAPS sobre as condições impostas aos internos por aquela instituição.

Em 1992, o serviço que realizava o atendimento aos alcoolistas, recebe uma nova denominação “Ambulatório de Referência e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas”. Durante todo aquele ano, o Ambulatório desenvolveu e melhorou o atendimento à clientela proposta. No entanto, os casos de pacientes com transtorno psíquico começaram a aumentar e em março de 1993, foi criado o Programa de Saúde Mental. Em maio do mesmo ano, foi realizado o I Seminário Municipal de Saúde Mental, com o objetivo de definir a política de saúde mental do município:

Estabelecer um sistema de prevenção e promoção à saúde mental, priorizando o atendimento extra-hospitalar, resgatando a participação da família e da comunidade, estimulando o tratamento e criando condições a reabilitação social dos portadores de sofrimento psíquico, inserido no Sistema Único de Saúde do Município, concebido no modelo de atenção integral; e ampliar ou criar espaços de discussão junto aos usuários e a população em geral e oferecer informações sobre saúde mental, direitos constitucionais, cidadania e municipalização. (BLUMENAU, PMB, 1993, p. 279).

Nesse ano, o Serviço de Saúde mental englobou os atendimentos para portadores de transtorno psíquico e usuários dependentes químicos. Para tanto, ampliou novamente a equipe de atendimento. O ano de 1993 foi importante, pois além de estender o atendimento à clientela de portadores de transtorno psíquico, propiciou aos mesmos internação no Hospital Santa Catarina, não necessitando mais que eles fossem internados na Colônia Sant’Ana, em Florianópolis, onde a família muitas vezes não podia visitá-lo

Em 1994, a equipe é novamente ampliada e os atendimentos são mantidos. Nenhum novo programa foi criado nem houve contratação de novos profissionais nesse período. Verifica-se que no período que compreende os anos de 1991 a 1993, ocorreram avanços significativos na área de saúde mental. O município, de acordo com as deliberações de Ministérios da Saúde não demorou a criar os serviços substitutos sugeridos no município.

Em 1995, já existiam 3.200 usuários cadastrados e o serviço mudou novamente seu local de atendimento. Os atendimentos realizados por psiquiatras no

PAM passaram a ser totalmente centralizados no serviço de atendimento à saúde mental, que a partir desse ano, passou a denominar-se SAPS.

Como o SAPS passou a ser um serviço de referência, a demanda que antes era espontânea, agora, era, primeiramente, avaliada na rede primária e encaminhada ao SAPS quando necessário. O objetivo em muitas situações era o atendimento no SAPS e, quando a situação permitisse a contra-referência à rede primária. Destaca-se aqui mais uma vez a forte resistência que a rede primária tinha com relação ao atendimento de pacientes com transtorno psíquico e/ou dependência química. Essa questão tende a se tornar ainda mais grave quando, futuramente, notar-se-á os serviços não conseguindo atender à demanda e, verificar-se-á que essa resistência inicial, nunca fora de fato enfrentada e, hoje, os serviços de saúde mental ainda sofrem com essa situação.

Uma situação oportuna de ser discutida, já que também tem relação com o afirmado anteriormente, é a dificuldade na capacitação dos profissionais de saúde. Um serviço de saúde mental ou qualquer outro que se proponha em atender uma especialidade deve proporcionar à sua equipe técnica capacitação acerca da clientela atendida. Até então, a equipe que compunha o serviço era formada por profissionais diversos e nenhum deles recebia qualquer capacitação antes ou mesmo durante sua atuação no CAPS. Se a situação se colocava dessa forma, atribui-se que a rede primária teve seus motivos de resistência, pois em algumas situações o conhecimento técnico é necessário e imprescindível para o encaminhamento da situação.

Não se pode, também, deixar de dizer que muito dessa resistência tinha seus alicerces no preconceito construído historicamente, em que o portador de transtorno psíquico carrega o estigma que por ser perigoso e agressivo – entre tantas outras qualificações – deve viver excluído do convívio social. Em 2001, promoveu-se uma experiência de capacitação à Rede Primária de Atendimento em Saúde. Os participantes relataram o medo que tinham no manejo ao doente mental. Constatou-se que, após a explanação dos conteúdos propostos naquela capacitação, muitos dos profissionais verbalizaram que o seu medo era infundado, baseado em comentários que ouviu sobre os doentes mentais. Sendo assim, uma das maneiras mais eficazes de prevenir o preconceito, seria o de propiciar momentos

de capacitação como esse. Os Gestores Municipais de Saúde devem propiciar capacitação contínua pois só dessa forma, o preconceito e a resistência poderão senão acabar, pelo menos amenizar.

Sendo assim,

A criação e funcionamento dos sistemas locais das políticas públicas sociais representam a responsabilização dos governos municipais pela assistência à saúde, educação, criança e adolescente, assistência social e outras, a ser prestada a ,todo cidadão no seu âmbito de jurisdição. (CUNHA e CUNHA, 2002, p. 18).

Em 1998, o serviço é registrado no Ministério da Saúde como CAPS. Esse foi um ano importante para a saúde mental, o CAPS ampliou e implementou diversos atendimentos, além de criar a Oficina Terapêutica. A proposta de atendimento no CAPS visa proporcionar ao paciente uma sensação de acolhimento. A implantação da Oficina Terapêutica, além de promover uma série de atividades aos pacientes, conseguiu realizar intervenções importantes entre os usuários e seus familiares, contribuindo para a sua ressocialização e melhoria na qualidade de vida.

Foi verificado, através de uma pesquisa, realizada por Assistente Social, durante seu estágio supervisionado no CAPS, que os usuários que participavam das atividades na Oficina Terapêutica passaram a internar em menor frequência, uma vez que o acompanhamento ao usuário e sua família tornaram-se mais intensos. Outra constatação importante dessa pesquisa foi a percepção mais clara por parte da família acerca do diagnóstico do usuário, que, além de melhorar a relação deste com as pessoas do seu convívio, uma vez que era propiciado conhecer aspectos da patologia do usuário, tornando assim o manejo a ele mais fácil. (SCOZ, 2000).

Em 1998, foi realizada mais uma tentativa de capacitar a Rede Primária de serviços, motivado pela crescente demanda e a solicitação da rede básica de atendimento que necessitava de informação para atender os usuários portadores de transtorno psíquico. Essa capacitação teve a duração de 5 dias, mas o número de servidores participantes ficou bem abaixo do que se esperava, frustrando mais uma vez a tentativa de capacitar os servidores com o objetivo futuro de ampliar também a Rede Primária de cuidados à saúde mental dos usuários.

Cabe destacar que nesse período, a legislação em saúde mental evoluiu muito, reorganizando toda a estrutura de financiamento as ações de saúde mental,



garantindo a distribuição de medicamentos psiquiátricos nas farmácias municipais, além de aprovar a Portaria que permitia a supervisão, controle e avaliação sistemática dos serviços de saúde mental, nas três esferas de governo. Esses são só alguns exemplos que permitem afirmar que a rede de serviços de atenção à saúde mental estava realmente sofrendo mudanças positivas, atendendo ao proposto pela reforma psiquiátrica.

O CAPS, acumulou até 2001, cerca de 11.000 usuários cadastrados e o serviço acumulava listas de espera para atendimento. Nesse ano é realizada mais uma tentativa de capacitar uma equipe mínima em Ambulatório Geral. A tentativa fracassou por motivos que vão desde o não-comprometimento dos gestores em promover esse momento e a já conhecida resistência da rede primária em atender os usuários com transtorno psíquico. A equipe, junto aos gestores e a órgãos como os Conselhos Tutelares, Secretaria de Assistência Social, Conselhos de Saúde e Hospitais, discute constantemente que rumo dar à atenção em saúde mental do município, uma vez que a clientela cresce diariamente.

Uma das propostas muito discutida pelos órgãos envolvidos e posteriormente foi implementada consistiu na separação dos atendimentos para os dependentes químicos, conforme sugere as Diretrizes de Atendimento à Saúde Mental. Ao estruturar um serviço que atenda especificamente a questão da dependência química o município consolidou uma solicitação há tempos reivindicada pela rede de serviços e a sociedade civil.

Ainda em 2001, foi realizada a I Conferência de Saúde Mental e um dos temas mais discutidos foi a necessidade de ampliar a atenção em saúde mental para os bairros, uma vez que o CAPS era cada vez mais procurado, não absorvendo a demanda. Outra questão levantada foi à falta de psiquiatra com especialidade no infanto-juvenil. Na época era o NAES que realizava atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes e há meses estava sem psiquiatra em seu quadro, tendo que encaminhar os casos mais graves para atendimento no CAPS, local completamente inadequado para atender crianças e adolescentes.

Uma outra dificuldade encontrada pelo município em ampliar e melhorar a rede de atenção em saúde mental é a falta de psiquiatras com interesse em trabalhar

no município. Um dos elementos freqüentemente apontados pelos profissionais é a baixa remuneração.

Como foi abordado no capítulo IV, muito pouco do que foi deliberado na 1ª Conferência de Saúde Mental foi colocado em prática e os serviços foram absorvendo uma demanda cada vez maior. Os funcionários continuaram a atender essas demandas sem capacitação alguma e a contratação de mais profissionais para o projeto de descentralização das ações em saúde mental, nunca aconteceu.

O município de Blumenau, segundo SILVA, 2004, foi um dos primeiros do país a elaborar políticas para assegurar o cumprimento dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1990. A pedido do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente de Blumenau foi realizada e desenvolvida uma pesquisa por um grupo de quatro professores e seis alunos de graduação da FURB. A pesquisa foi dividida em três eixos:

- a) Políticas Executadas (incluindo ONGs) nas áreas de Infra-estrutura, Habitação, Meio Ambiente, Assistência Social, Saúde Educação, Esporte, Cultura e Lazer;
- b) funcionamento dos Mecanismos de Controle e Participação Social – Conselhos Gestores do Município e respectivos fundos e orçamento;
- c) Sistemas de Garantias – Programas Socioeducativos, Conselhos Tutelares, Poder Legislativo, Justiça da Infância, Promotoria Pública e delegacias. O resultado desse trabalho gerou o livro “Um olhar sobre a infância e adolescência em Blumenau”, que avaliou, entre os temas assinalados acima, o atendimento em saúde mental no ano de 2002.

No texto, encontram-se os seguintes registros:

Em Blumenau a diretriz do SUS de promover serviços de atenção à saúde básicos na porta de entrada do sistema, aliada à justificativa de que o ambulatório atendia apenas a uma pequena parcela da população (aquela próxima a região central da cidade), fez com que o atendimento ao adolescente fosse desativado e seus profissionais alocados em outros setores. No entanto, a expectativa de melhoria do atendimento para esta faixa da população não se concretizou, pois:

(i) os serviços de atenção básica não conseguiram elaborar programas voltados ao adolescente, sendo que poucos PSFs montaram grupos de jovens. A informação na SEMUS (junho de 2002), é que são dois ou três

grupos em toda a cidade, sem que haja maior conhecimento do seu sistema de funcionamento – o que demonstra seu caráter ‘atípico’.

(ii) o atendimento especializado é bastante saturado em diversos setores – NAES- CAPS – que, não raro, não possui uma proposta específica de atendimento. Ou seja, parece haver uma “lacuna” de ações voltadas ao adolescente. Essa situação é dramática se considerarmos o fato de que o percentual da população jovem (entre 12 e 18 anos) em Blumenau abrange cerca de 20% do número de habitantes, gerando um grande contingente de excluídos do serviço de saúde. (SILVA, 2004, p. 58).

Essa extensa pesquisa em todas as políticas voltadas para o adolescente em Blumenau, expõe o quanto ainda é frágil à rede de serviço de saúde mental, o quanto ela deixa a desejar no que tange à eficácia dos serviços de saúde mental oferecidos pelo município quando afirma que “o atendimento especializado é bastante saturado” e que os serviços, NAES e CAPS não possuem uma proposta específica de atendimento.

É importante explicar que embora essa pesquisa tenha sido direcionada a avaliação das políticas direcionadas ao adolescente, o CAPS, que realiza atendimento adulto foi mencionado em virtude de a família desses adolescentes serem atendidas também nesse serviço. Então, a observação quanto às verificações da pesquisa abrangem o atendimento infanto-juvenil, prestado pelo NAES e o atendimento adulto realizado no CAPS.

Em 2002, ocorreram importantes mudanças na rede de atendimentos à saúde mental: os usuários dependentes químicos anteriormente atendidos no CAPS, são transferidos para o CAPS-ad.

O CAPS-ad é criado através da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e é um serviço especializado ao tratamento de dependentes químicos. O município implementou com brevidade a criação do serviço uma vez que a Portaria é de 2002, e o serviço foi implantado no mesmo ano. O município passa, então, a ter um serviço estruturado, com sede própria e com equipe multiprofissional para atender os usuários.

Atendendo ainda as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002) o CAPS, passou a denominar-se CAPS II. A Portaria define o tipo de CAPS conforme o número de habitantes. O turno de trabalho, o número de profissionais e os serviços oferecidos são definidos conforme o CAPS é estruturado no município. Existem CAPS que atendem uma população até

70.000; CAPS II que atende entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III, que são instalados em municípios com população superior a 200.000 habitantes.

Blumenau possui, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 287.350 habitantes. Sendo assim, o município já deveria ter um CAPS III que, conforme previsto pela Portaria, prestasse atendimento de três turnos, ou seja, 24 horas.

Em diversos momentos também foi discutida, junto aos Gestores, a implantação de um Serviço Residencial Terapêutico (Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000), destinada a usuários que passaram muito tempo institucionalizados e perderam todo o vínculo com os familiares.

Essa demanda existe no município, no entanto, os casos são encaminhados para a Fundação Pedro Machado – FUPEMA, um albergue municipal, destinado a andarilhos e moradores de/na rua. A FUPEMA, através de seus profissionais, a maioria Educadores, relata a dificuldade no manejo a esses usuários, que, em alguns momentos se tornam agressivos, comprometendo a integridade dos funcionários e dos usuários albergados. A criação de um Serviço Residencial Terapêutico resolveria essa situação, uma vez que os usuários seriam acompanhados por uma equipe multiprofissional que lhes garantiria tratamento e acompanhamento sistemático para sua patologia.

Em 2002, o NAES passou a denominar-se CAPSi e reformulou toda a sua proposta de atendimento, antes destinada a crianças e adolescentes com baixo rendimento escolar. Todos os serviços, CAPS-ad, CAPS II e CAPSi possuem atendimento médico, de enfermagem, psicologia, assistência social e terapia ocupacional.

Embora a reestruturação dos serviços tenha dado mais clareza à política de saúde mental do município, existem em todos os serviços uma grande demanda reprimida, principalmente para atendimento médico e psicológico. Cabe destacar que os CAPS foram criados com o objetivo de atender os casos de transtorno mais graves, no entanto essa não é a realidade encontrada nos serviços.

A rede primária atende os usuários e os encaminha ao CAPS II, mesmo que se trate de uma depressão leve, com isso, cria uma crescente demanda, dificultando o acesso aos usuários que apresentam transtorno grave e necessitam de

acompanhamento sistemático. Diante dessa situação, pode-se afirmar que o CAPS II está completamente descaracterizado no município de Blumenau, não conseguindo prestar cuidados intensivos aos usuários crônicos porque a cada dia a demanda cresce.

Os serviços, inúmeras vezes já tentaram contra-referenciar os usuários, no entanto encontram grande resistência na rede primária para a continuidade do tratamento, que alegam não ter capacitação para tratar o caso.

Outro fato que merece registro é o grande número de pessoas em auxílio-doença por problemas de transtorno psíquico. Para continuar recebendo a cobertura social, o INSS exige atestado médico de especialista, o que se torna, em grande parte causa da crescente demanda nos serviços de saúde mental do município.

Blumenau é um dos municípios que apresenta grande número de pessoas afastadas do trabalho por problemas de transtorno psíquico. Em abril do corrente ano, foi elaborada uma pesquisa por alunos do curso de Pós-Graduação em Gestão, Desenvolvimento e projetos de Saúde da FURB, reunindo técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e utilizando dados do Instituto Municipal de Seguridade Social do Servidor de Blumenau – ISSBLU. A investigação revelou que 24,26% dos casos de afastamento para tratamento de saúde entre os servidores municipais ocorrem por motivo de transtorno depressivo. Somando-se as outras doenças psicossomáticas, como os transtornos mentais e comportamentais, este índice chega a 31,21% dos afastamentos.

A pesquisa foi desenvolvida com informações do ISSBLU sobre os afastamentos em geral, seus motivos e reincidências. Levantaram-se dados no período de um ano, compreendido entre outubro de 2003 e setembro de 2004, abrangendo 100% dos casos ocorridos. A pesquisa foi publicada em abril/2005 (ISSBLU, 2005).

Em 2001, foi realizada uma pesquisa pela Professora da FURB, Inês Pellizzaro, no CAPS de Blumenau a fim de investigar a causa do alto índice de trabalhadoras da indústria têxtil, afastadas do exercício profissional por apresentarem problema de transtorno psíquico. Foram escolhidas mulheres, na faixa etária dos 20 aos 40 anos, diagnosticadas como depressivas e/ou sob forte estresse, trabalhadoras da indústria têxtil.

A pesquisa concluiu que as mulheres adoeceram muito mais quando o modo de produção da empresa na qual trabalhavam mudou, passou de um modelo individual para o modelo celular. Se antes, isoladamente a pressão era grande porque o salário se baseava na produção individual, com o modelo celular essa pressão se torna ainda mais forte, pois há uma cobrança grupal de rendimento que não leva em conta o ritmo individual. Se uma das trabalhadoras da célula falta, o grupo, para não diminuir a sua renumeração, trabalha ainda mais intensamente. A pesquisa aponta também a dificuldade encontrada pelas mulheres em sua jornada dupla e às vezes tripla de trabalho, tendo que cuidar da sua família e casa, muitas vezes sem a ajuda do companheiro (PELLIZZARO, 2002).

O trabalho como construtor de identidade e inclusão social atua sobre o indivíduo interferindo na sua vida como um todo, inclusive na relação saúde doença, contribuindo, em alguns casos, para o aparecimento de problemas físicos ou psíquicos. Ao se analisar o trabalho, pode-se verificar que a multiplicidade de fatores objetivos e subjetivos que atuam na relação trabalho-trabalhador podem vir a desencadear ou determinar adoecimentos. (CODO, 2004, p. 32).

Outra dado que confirma o crescente número de depressivos no município é a compra, efetuada pela SEMUS de antidepressivos, que são distribuídos gratuitamente na Farmácia Municipal. Atualmente, o município distribui 100.000 comprimidos, que chegam todo início de mês e se esgotam nos cinco dias subsequentes. O número de medicação comprada pelo município é quase o mesmo distribuído em Florianópolis, onde são distribuídos 115.000 comprimidos para uma população maior em cem mil pessoas a mais que em Blumenau. Cabe registrar que aí não estão somados os usuários que compram em drogarias ou farmácias de manipulação. O número de pessoas em uso de antidepressivos no município é realmente alta e merece atenção especial dos gestores em saúde mental a fim traçar estratégias para mudar esse alarmante diagnóstico psicossocial.

Nos parece que a cada vez mais há uma aproximação entre as questões sociais e de saúde, e que elas vem se impondo como um forte desencadeador de somatizações de diversos tipos. A linha que separa uma questão da outra é muito tênue, e muitas vezes se confunde, exigindo especial cuidado dos técnicos que atendem essa demanda identificar e tratar com segurança uma e outra questão.

Outra grave questão enfrentada pelo município ocorreu em dezembro/2004, quando o Hospital Santa Catarina suspendeu o convênio de 15 vagas de leitos psiquiátricos com a Secretaria Municipal de Saúde. No período de dezembro de 2004, a junho de 2005, o município não tinha disponibilizadas vagas para internação em unidade de psiquiatria. Quando necessário, o usuário era encaminhado para Instituto de Psiquiatria – IPQ e Hospital São José, ambos em Florianópolis. Cabe destacar que, em janeiro de 2005, foi aberta uma licitação, do tipo credenciamento a fim de cadastrar hospitais para atendimento em regime de internação para pacientes com transtorno psíquico. Até o mês de julho de 2005, não havia nenhum hospital demonstrado interesse no referido credenciamento. É importante registrar que o município possui um hospital (Hospital Santo Antônio) conveniado com o SUS em diversas especialidades, que apresenta, em suas dependências uma Unidade de Psiquiatria já estruturada que atende particulares e convênios.

Após quase sete meses sem atendimento em unidade de psiquiatria, a Secretaria de Saúde conseguiu firmar com o Hospital Santo Antônio um acordo verbal que concederá a disponibilidade de dez leitos para o município.

A mudança de governo trouxe novos profissionais e perspectivas renovadas. Os gestores responsáveis pela política de saúde mental do município preocuparam-se em realizar um planejamento estratégico, que contribuirá para o fortalecimento das ações em saúde mental. Só o tempo poderá mostrar se as ações propostas se efetivarão.

O repasse de recursos para as ações de saúde mental do município são repassados através da SEMUS. Com a mudança de governo essa distribuição dos recursos está sendo reestruturada, não sendo possível informar qual o percentual do orçamento destinado a área de saúde é investido na saúde mental do município. Cabe destacar a dificuldade encontrada para obter dados com relação aos recursos e a aplicação destes na política de saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental tem o objetivo de reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, e Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral – UPHG, além de incluir as ações de saúde mental na atenção básica; implementar uma política de ação integral a

usuários de álcool e outras drogas, manter um programa permanente de formação de recursos humanos, incentivar a participação dos familiares no cuidado e promoção dos direitos dos pacientes com transtorno psíquico, e, avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria.

O município de Blumenau possui condições de implantar e implementar todas as propostas sugeridas pela Política Nacional de Saúde Mental, e, para tanto deve conceber que qualquer ação em saúde mental deve ser pautada num processo de desinstitucionalização, de humanismo no atendimento, na clareza de ações, na inserção e reabilitação psicossocial.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com as suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto de saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é esse processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. (AMARANTE, 1995, p. 494).

Sendo assim, acredita-se que o Município deve ainda evoluir muito no que diz respeito à clareza das ações em saúde mental e não a reduzi-las em medidas fragmentadas e pontuais como vêm acontecendo.

As políticas de saúde mental devem ser tratadas com especial cuidado em virtude do constante aumento na demanda de usuários necessitando de atendimento em saúde mental. Alguns dados estatísticos são importantes para que fique demonstrado o percentual de pessoas acometidas por algum problema de transtorno psíquico:

- 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes;
- 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;



- 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental (KATZS, 2005).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho visa contribuir com o conhecimento da trajetória de implementação das Políticas de Saúde Mental do município de Blumenau, desde o seu início em 1988, até o ano de 2004.

Numa primeira aproximação do estudo podemos afirmar que é possível verificar que o município apresenta – conforme as orientações do Ministério da Saúde no que tange às diretrizes da Política de Saúde Mental – no que se refere aos serviços substitutivos encontram-se de acordo com o proposto. O município conseguiu acompanhar as mudanças propostas na Reforma Psiquiátrica, e em consonância com as Legislações e Portarias que direcionam as políticas de saúde mental, estruturou os serviços em pouco tempo.

Os atendimentos realizados nos três CAPS (CAPS II, CAPS-ad e CAPSi) são fundamentalmente importantes para a demanda de usuários portadores de transtorno psíquico. Demanda essa que só vem crescendo, e exigindo que o município também acompanhe essa expansão, promovendo acesso fácil aos serviços, o que hoje, conforme demonstrado, não é o que ocorre.

A situação do CAPSII é a mais grave, pois o serviço está evidenciadamente descaracterizado, ou seja, tem uma clientela excedente, que não deveria ser o foco do seu atendimento, que compreende os transtornos psíquicos leves e moderados, não podendo, assim, prestar a assistência adequada aos portadores de transtorno psíquico grave e aos pacientes crônicos. A partir das informações levantadas e relatadas neste trabalho acerca da política de saúde mental do município, é possível afirmar que Blumenau está muito longe de alcançar uma Política de Saúde Mental que garanta atendimento integral aos Portadores de Transtorno Psíquico e seus familiares.

O que acontece hoje é uma rotina de profundas dificuldades no atendimento, fomentada pela resistência e falta de capacitação da rede primária no atendimento aos portadores de transtorno psíquico, pela carência na capacitação dos profissionais do CAPS e de toda a rede de serviços públicos de saúde mental, aliada

à falta de clareza dos gestores municipais acerca dos rumos que deve seguir a política em fito.

Afirma-se isso pautado na constatação de que o município possui uma rede estruturada de serviços considerável, o que conduz a pensar que – decorrentes das mudanças que as administrações municipais implementam – estamos perante uma falta de clareza e/ou dimensionamento no que tange as funções que essas instituições deveriam realizar; que se acredita ser bastante diferente da que se coloca hoje, conforme já relatado anteriormente.

A proposta de descentralização da rede de serviços com equipe mínima nos Ambulatórios Gerais deve ser reconsiderada pelos gestores políticos e monitorar seu desempenho no atendimento da clientela de transtornos mentais leves e moderados, sendo que o CAPS II deveria ser re-caracterizado visando retornar para a função ao qual é prescrito.

A falta de comunicação, articulação e mesmo motivação da rede primária de serviços dificulta o processo de descentralização, preconizado pelo Ministério da Saúde, sugerido pelo CAPS e aceito pela Secretaria Municipal de Saúde, o que fere dois princípios do SUS no que diz respeito a integralidade das ações em saúde e a hierarquização dos serviços.

Uma das alternativas para aprimorar o presente estado de coisas pode ser seguida através do resgate das deliberações da Conferência de Saúde Mental do Município relacionadas com a descentralização das ações de saúde mental, com a criação de equipes mínimas, distribuídas territorialmente pelo município, compostas por psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

Essas equipes atuariam junto aos serviços de saúde dos bairros, atendendo, dentro da sua área territorial as situações que demandassem atendimento na área de saúde mental. Os usuários mais graves que necessitam de um acompanhamento mais intenso, seriam, então, encaminhados ao CAPS II.

Os atuais gestores também investirão na descentralização, mas de uma forma um pouco diferente. Conforme planejamento estratégico, pretende-se capacitar a rede primária de saúde. O objetivo é que a rede primária, depois de capacitada, seja capaz de realizar os atendimentos em saúde mental.

Como foi demonstrado no relato, o município já fez essa tentativa três vezes e não alcançou o resultado esperado. Se o proposto pelos atuais gestores conseguir ser implementado seria benéfico para todos os usuários, uma vez que o atendimento a eles se tornaria mais próximo. No entanto, tem-se que levar em conta a realidade vivida pela rede primária, que tem no excesso da demanda o seu maior problema. Se já é difícil garantir e manter o atendimento à demanda já existente, como será assumir mais uma clientela?

Outra questão bastante discutida neste trabalho é a capacitação dos profissionais que prestam atendimento na área de saúde mental. Nos dezesseis anos de atendimento à saúde mental prestado pelo município, os funcionários dos CAPS não receberam qualquer capacitação, a não ser a realizada pelos profissionais em eventos, seminários, encontros e fóruns, muitos desses realizados fora do município de Blumenau. A participação de alguns desses eventos foi patrocinada pela SEMUS. No entanto, os profissionais relataram que a maior parte dos momentos de capacitação havia sido patrocinada com recursos próprios. Sendo assim, é realmente um grande desafio acreditar ser possível capacitar toda a rede primária de serviços, se essa proposta não conseguiu efetivar-se dentro dos serviços responsáveis pelo atendimento à saúde mental. Acredita-se que a estratégia que mais atende à necessidade apresentada pelo município é a proposta de criação de equipes mínimas de saúde mental nos ambulatórios gerais.

O que fica muito claro é que todos os princípios que regem o SUS estão sendo infringidos, destacando-se os seguintes:

- **Universalidade** – dificuldade de acesso aos serviços oferecidos;
- **Eqüidade** – deficiência dos serviços nos diversos níveis de complexidade;
- **Integralidade** – visão compartimentalizada do indivíduo (assistência em saúde mental em um serviço e atenção a saúde orgânica em outros serviços);
- **Regionalização** – inexistência de serviços apropriados e necessários em todas as regionais.

É importante frisar que as dificuldades de implementação das políticas do SUS encontram-se condicionadas a um contexto maior, pois a mudança nas

diretrizes das políticas públicas das últimas décadas têm obstaculizado a sua universalização decorrente da mudança de paradigma do Estado na responsabilização e financiamento vinculadas às políticas neoliberais vigentes (LAURELL, 1997).

Para finalizar, registra-se o que se consideram os principais desafios a serem enfrentados acerca da política de saúde mental do município ou seja:

- fortalecer políticas de saúde voltadas para grupo de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial;
- consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania;
- implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego;
- aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental;
- implementar uma política de valorização salarial a fim de atrair mais profissionais com capacitação na área de saúde mental.

Acredita-se que, se parte desses desafios forem enfrentados e vencidos a política de saúde mental poderá realmente se efetivar como uma política que contribuirá para a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, que já foram e ainda são tão estigmatizadas pela sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (3), p. 491-494, jul./set. 1995.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **I Conferencia municipal de saúde mental**. Blumenau, out. 2001.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Relatório de planejamento estratégico nas ações voltadas para a política de saúde mental e dependência química**. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, 1989; 1990; 1991; 1993.

BOTTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral**: o espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitel, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CARVALHO NETO, J.; YAMAMOTTO, M. V. Saúde mental: uma questão de cidadania e poder. In: **Caderno do CEAS**. Salvador, n. 175, p. 57-62, maio/jun. 1992.

CHAVES, C. P. O serviço social frente ao novo paradigma em saúde mental. Blumenau. 1995. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Regional de Blumenau.

CODO, W. (Org.). **O trabalho enlouquece**: um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CUNHA, E. da P.; CUNHA, E. S. M. Políticas Públicas Sociais. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M.; UDE, W. **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA. *Flagrantes administrativos*. Florianópolis, 1935-1942.

GONÇALVES, L. M. S. R. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

ISSBLU – Instituto Municipal de Seguridade Social do Servidor de Blumenau. **Jornal Informativo**. N. 5, abr. 2005.

KATZS, I. Política de saúde mental. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br/visualizartexto.cfm?idxt=16134](http://www.portal.saude.gov.br/visualizartexto.cfm?idxt=16134). Acesso em: 16 jul. 2005.

LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LOPES, C. **Nos subterrâneos da mente**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PELLIZZARO, I. O trabalho precarizado e o sofrimento psíquico: um estudo a partir dos trabalhadores têxteis de Blumenau. **Dynamis**: Revista Tecno-científica. Blumenau. V. 10, p. 28-38, out./dez. 2002.

RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, J. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil . 3. ed. Petrópolis, 1974.

RODRIGUES, M. Com o que você se deprime? **Jornal de Santa Catarina**. Blumenau, 12-13 mar. 2005

RUSSO, J. (Org.). *Duzentos anos de psiquiatria: coletânea de trabalhos apresentados na jornada de psiquiatria do Rio de Janeiro*

SCARCELLI, M.; COSTA, D. **A integralidade nas ações de saúde mental**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOZ, E. S. **Saúde mental e construção do sujeito de direito**: uma prática do Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Blumenau. 2000, 167p. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Regional de Blumenau.

SANTOS, N. G. **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SHIRAKAWA, I. ***O ajustamento social na esquizofrenia***. Campo Grande: Lemos, 1992.

SILVA, M. S. da. (Coord.). **Um olhar sobre a infância e a adolescência em Blumenau**. Blumenau: Edifurb, 2004.

TOLEDO, E. de la G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A. C. (org.) **Estado e Políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.