



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

Análise da política de saúde mental no Brasil

Sílvia Louzada Duarte¹

Resumo

O presente artigo tem por objetivo analisar a política de saúde mental no Brasil, implementada pela Lei 10.216 (2001), visando compreender os caminhos tomados por ela, enfatizando sua natureza, dimensão, ações e programas, diretrizes, abrangência dos serviços prestados. Concluímos que as ações realizadas com vistas a reestruturação da assistência psiquiátrica e expansão dos serviços extra-hospitalares que foram implementadas constituem avanços, mas existem necessidades urgentes e são muitos os desafios que dificultam alcançar o almejado pelo movimento de luta antimanicomial, de extinção dos manicômios. Trata-se de um artigo de revisão de literatura e análise documental.

Palavras-chave: Análise de Política Social. Política de Saúde Mental. Política de Saúde.

Abstract

This article aims to analyze the mental health policy in Brazil, implemented by Law 10,216 (2001), to understand the paths taken by it, emphasizing their nature, size, actions and programs, guidelines, scope of services provided. We conclude that the actions taken with a view to restructuring of psychiatric care and expansion of outpatient services that have been implemented are advances, but there are urgent needs and many challenges that make it difficult to achieve the desired anti-asylum fight the movement of extinction of asylums. This is a literature review article and document analysis.

Keywords: Social Policy Analysis. Mental Health Policy. Health Policy.

1 Introdução

O presente artigo tem por objetivo analisar a Política de Saúde Mental (PSM) no Brasil, implementada pela Lei 10.216, de 2001, visando compreender os caminhos tomados por ela, enfatizando sua natureza, dimensão, ações e programas, diretrizes, abrangência dos serviços prestados. Inserida num contexto do capitalismo, baseado na exploração do trabalho pelo capital, entendemos que essa política, assim como outras políticas, encontra

¹ Graduada em Serviço Social, Mestranda em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo, Bolsista Capes. E-mail: <silvinha_ld@hotmail.com>.

problemas que impedem sua efetivação. Entre estes problemas, podemos citar o modelo de financiamento, embates políticos e ideológicos, interesses econômicos. O que vislumbramos no cotidiano é cada vez mais disputa em torno da forma de atendimento ao paciente com transtorno mental. De um lado, a defesa da internação psiquiátrica (principalmente defendida pela Federação dos Hospitais privados), de outro a luta por direitos dos usuários e o tratamento em serviços substitutivos.

Partimos do entendimento de que os portadores de transtornos mentais, enquanto sujeitos de direitos possuem demandas e necessidades que vem sendo defendidas por movimentos sociais, que encontram resistências à incorporação de suas pautas na agenda da política pública. Mas, compreender os limites, possibilidades, avanços e desafios da PSM que vem sendo desenvolvida, requer inseri-la em um contexto mais amplo, que envolve o sistema capitalista em seu momento atual. O modo de produção capitalista, pensado de um modo mais amplo, está baseado na exploração do capital sobre o trabalho, do homem pelo homem, do homem pela natureza, no trabalho assalariado, na acumulação do capital reproduzindo a desigualdade social, no individualismo, na alienação, entre outros fatores (DUARTE, 2014). As consequências são visíveis para a classe trabalhadora: trabalhos precários, flexibilização dos direitos, desemprego, salários baixos, entre outros (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Esse sistema, que visa ao crescimento econômico, cria também as instituições de controle para os considerados excluídos. Podemos dizer que a institucionalização, neste caso dos pacientes com transtorno mental, como nos propomos a analisar a PSM, é funcional às necessidades da economia e corresponde à dinâmica própria do capitalismo, e o que estão em jogo são diversos interesses de uma classe². Segundo Gradella Jr. em uma entrevista³ (JUNGES, 2012, não paginado)

As instituições, em geral, reproduzem as formas de relações sociais predominantes na sociedade e, em uma sociedade que tem como base a exploração do homem pelo homem, a violência é inerente a esse modo de produção. Uma das características das instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não têm poder, possibilitando uma relação de opressão e violência entre quem detém o poder sobre aqueles que não o têm. Mais do

² Esta e algumas outras reflexões foram tiradas de artigos entregues às disciplinas realizadas no Programa de Pós-graduação em Política Social da UFES.

³ Feita pelo Instituto Humanistas Usininos em 2012 e disponível online.

que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa. O louco, por não produzir, perdeu necessariamente o seu lugar social, fazendo parte da imensa maioria de excluídos gerados pelo capitalismo.

De acordo com Pereira, (2009, p. 91) o processo de formulação e desenvolvimento de toda política pública é considerado um momento “[...] conflituoso e contraditório, pois permite a formação de contra-poderes em busca de ganhos para a comunidade e de ampliação de cidadania”. A política pública tem como principal marca o fato de ser pública, ou seja, de todos. Representa um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo das iniciativas do Estado e da sociedade guiando-se para o interesse comum, satisfação de necessidades sociais, além de concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporado nas leis (PEREIRA, 2009).

Nossa compreensão acerca da política social perpassa pelo entendimento dela como resultado e processo de relações entre Estado e classe sociais. Segundo Boschetti (2009), os elementos que explicam o surgimento da política social são de três ordens: 1) a natureza do capitalismo; 2) o papel do Estado na sua regulamentação e implementação⁴; 3) o papel das classes sociais. Nesse sentido, a análise de desenvolvimento da política social também está articulada com a política econômica (BOSCHETTI, 2009).

A política social é considerada por Behring e Boschetti (2011) como um campo contraditório entre capital e trabalho, pois ao mesmo tempo em que estende direitos à classe trabalhadora, para a sua reprodução, também auxilia na reprodução do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Além disso, são consideradas, juntamente com os padrões de proteção social, como respostas às expressões da questão social no capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Entendemos, no entanto que, a política social não rompe com o modo de produção capitalista, mas pelo contrário, têm servido cada vez mais ao capital, no sentido de restabelecer a ordem e a harmonia da sociedade. Tem sido vista como um mecanismo de segurança e controle do Estado pelos trabalhadores, não dispensando a ideia de que pode servir também a estes, mas este fato vem sendo

⁴ A política de saúde, inserida na seguridade social (conforme Constituição Federal de 1988), estabelece um modelo misto em que compete ao o Estado a formulação da política e este partilha com o mercado a intervenção, em caráter complementar (BRASIL, 1988).

fortemente reduzido, principalmente com o avanço do neoliberalismo no Brasil, a partir da década de 1990, quando os trabalhadores encontram péssimas condições de trabalho e de vida.

Aqui nos propomos fazer uma análise da PSM, não pretendendo a generalização, mas buscando a essência e entender de modo mais abrangente a política. Esta, enquanto uma política social vem sendo um campo em que diferentes atores, integrantes do Estado e da sociedade lutam pela mudança na forma de tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais e conquista de direitos. A partir dessas considerações, entendemos a política social, como um tipo de política pública (PEREIRA, 2009). É um momento em que se caracterizam dois aspectos: o que temos e o que almejamos ter. Nosso argumento assim, explorará inicialmente a configuração da reforma psiquiátrica no Brasil e, posteriormente, quais evidências existem que indicam a distância entre o almejado e o implementado.

2 A Política Nacional de Saúde Mental

Segundo dados da coordenação de saúde mental “[...] 3% da população apresenta transtornos severos e persistentes, 9% com transtornos mentais leves, que precisam de atendimento eventual e 10 a 12% da população apresenta dependência de álcool” (BRASIL, 2008).

No mundo e no Brasil, os hospitais psiquiátricos são os principais responsáveis pela internação de pessoas portadoras de transtornos mentais. No Brasil, em 1852, foi criado o Hospício D. Pedro II, primeiro hospital psiquiátrico, localizado no Rio de Janeiro. A partir daí, uma relação do médico (saber psiquiátrico) com o paciente foi surgindo, constituindo uma relação de poder, de hierarquia (AMARANTE, 1995). No entanto, surgem contestações, denúncias que se colocam contra a violência, exclusão, superlotação evidenciada nessa forma de tratamento, além de críticas ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995). Oliveira (2011), refletindo sobre o pensamento de Franco Basaglia, afirma que os manicômios são instituições

[...] onde a violência **habitava e abafava qualquer resquício de vida** que pudesse existir. **Local que servia como regulador social**, pois se fazia **morada para a exclusão e opressão de tantos marginalizados sociais**,

vítimas da estigmatização e do sistema capitalista. O **manicômio não passava de um depósito humano** que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas que carregavam, também eram ditas improdutivas para toda uma sociedade (OLIVEIRA, 2011, não paginado, grifos nossos).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP), que surge na década de 70 no país, num contexto de redemocratização e desenvolvimento dos ideais da Reforma Sanitária, defendeu e defende a mudança na forma de tratamento dispensado aos pacientes com transtorno mental, buscando a melhoria no tratamento, e a garantia de direitos a eles (AMARANTE, 1995). Inicialmente o Movimento era formado por trabalhadores, chamado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A partir do II Congresso, na segunda metade dos anos 80, o movimento ganha novos atores, como usuários e familiares. Surge o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) em 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995). Lutam por um tratamento que seja desenvolvido por serviços extrahospitais e de base comunitária, neste caso os Centros de Atenção Psicossocial; leitos de atenção integral em hospitais gerais; centros de convivência, residências terapêuticas, entre outros. Como o lema já diz, lutam pela extinção dos hospitais psiquiátricos. Existem grupos que lutam em direções opostas: de resistência ao instituído – hospital psiquiátrico (MTSM, MLA, associações de usuários e familiares), outros em defesa do instituído (Federação Brasileira de Hospitais) e ainda, há aqueles que se posicionam estrategicamente conforme o processo, em defesa de seus interesses corporativos (a indústria farmacêutica, ABP).

Esse campo de luta foi urdido lentamente. Apesar do MRP ter surgido na década de 1970, somente em 2001 foi aprovada a Lei 10.216 que “[...] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, não paginado). Como lei da Reforma psiquiátrica, ela dá os princípios e diretrizes à Política Nacional de Saúde Mental. Cabe ressaltar que a lei foi proposta no Congresso Nacional em 1989, pelo Deputado Paulo Delgado que colocava “[...] sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 457). Esse longo trajeto entre formulação e aprovação (com alterações substanciais em sua redação) da lei, expressam a luta travada no Congresso nacional em torno do modelo de política de saúde (e de saúde mental) que deveria ser adotada.

Na realidade, o que acontece no interior desse embate são ações que se voltam para: a) a institucionalização enquanto modelo tradicional e atual de tratamento; b) desinstitucionalização, que busca alterar a forma de tratamento asilar com a extinção das internações em manicômios; c) desospitalização, onde muitas vezes há o reconhecimento de que a institucionalização não é a melhor forma, mas que ainda assim se faz necessária na sociedade. Portanto, defende a permanência dos hospitais psiquiátricos. É um longo caminho de (des)construção de um modelo hegemônico de exclusão do dito louco.

O marco normativo (Lei n.10.216) coloca que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da PSM, juntamente com a família e a sociedade (BRASIL, 2001). Assim, no que diz respeito a direitos dos usuários, a Lei n.10.216 propõe, por exemplo: a) o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; b) ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; c) ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; g) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; h) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; i) ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, entre outros (BRASIL, 2001). Além do direito à educação, trabalho, circulação, capacidade civil, recursos e gestão dos mesmos e direito a habitação, isto é, os direitos políticos, civis e sociais (AMARANTE, 1995).

Como diretrizes da PSM temos **1)** a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar que envolve o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) objetivando a redução gradual e programada dos leitos a partir de macro-hospitais (acima de 600 leitos); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria) para vistoriar todos os hospitais públicos e conveniados ao SUS; a implementação do Programa de Volta pra Casa (PVC) que estabelece um auxílio reabilitação psicossocial para egressos de longas internações psiquiátricas; a expansão dos serviços residenciais terapêuticos; reorientação dos manicômios judiciários e leitos em hospitais gerais; **2)** expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial que envolve expansão e qualificação dos CAPS; qualificação dos ambulatórios; implantação dos centros de convivência; inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; atenção

integral a usuários de álcool e outras drogas; política de saúde mental infanto-juvenil; Programa Permanente de Formação de profissionais para a saúde mental; programas de geração de renda e trabalho, intervenção na cultura, mobilização de usuários e familiares (BRASIL, 2008).

São muitas as ações preconizadas no âmbito da PSM, mas que encontram muitas dificuldades em sua implementação. No decorrer dos anos, portarias, resoluções, serviços foram criados para tentar melhorar o tratamento ofertado na saúde mental. Para fins de análise, consideraremos os dados relativos ao processo de reestruturação da assistência em saúde mental, a saber: redução planejada dos leitos com o PNASH/Psiquiatria e PRH, o Programa de volta pra Casa, as Residências terapêuticas, consolidação e expansão dos CAPS.

2.1 Desospitalização

O PNASH/Psiquiatria consiste num programa de avaliação e vistoria dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS criado em 2002. Estas foram realizadas nos anos de 2002, 2003/2004, 2006 (São Paulo) e 2007-2009 e seus resultados apontam os principais problemas encontrados (BRASIL, 2011). Avalia ainda a satisfação dos usuários, define critérios para a assistência psiquiátrica no SUS e indica para descredenciamento os piores hospitais (BRASÍLIA, 2008). De acordo com o relatório de gestão 2007-2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento por meio do PNASH/Psiquiatria e 15 foram fechados. Entre os anos de 2002 e 2011 foram reduzidos 19.109 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Já o PRH busca mudar o perfil dos hospitais psiquiátricos, por meio da redução progressiva e pactuada dos leitos a partir dos macro-hospitais (mais de 600 leitos) e os de grande porte (400 a 600 leitos). Sendo que há um limite máximo e mínimo de redução anual de leitos de acordo com o porte hospitalar. Pressupõe a pactuação entre gestores e prestadores dos serviços, a remuneração maior para os hospitais de maior porte e a substituição progressiva pela rede extra-hospitalar (BRASIL, 2011). O que acontece é que os hospitais de maior porte tendem a apresentar baixa qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2011). A tabela abaixo mostra o processo de mudança entre os anos 2006 e 2010.

Tabela 1- Mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos

Faixas/Portes Hospitalares	2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67
De 161 a 240 leitos	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39
De 241a 400 leitos	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33
Acima de 400 leitos	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60
Total	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100

Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Coordenadores de Saúde Mental

Ainda segundo o relatório, o número de macro-hospitais reduziu a um no ano de 2010, sendo que em 2002 havia sete e em 2006, cinco hospitais (BRASIL, 2011). Esses dados indicam o esforço do MS no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada, visando reduzir os problemas nos macro-hospitais. No desenvolvimento do PNASH, foram feitas avaliações, reavaliações, descredenciamento, fechamento de hospitais, o que gerou a insatisfação de alguns donos de hospitais psiquiátricos, levando-os a abrir processos judiciais contra o processo de redução. Isso demonstra que o processo não se desenvolve de forma harmônica, mas sim permeado de resistências daqueles que não concordam com os desdobramentos que este traz.

É válido ressaltar que este processo se configurou como um avanço, mas caminhou para a desospitalização em detrimento da desinstitucionalização. Isto é, o fim das internações em hospitais psiquiátricos defendida especialmente pelo MLA, foi substituída pela redução gradual, programada e pactuada dos leitos, ainda que tenham sido criados serviços extra-hospitalares. A desospitalização requer ações específicas para aqueles sujeitos que passaram por longo período de internação (e que perderam seus vínculos familiares).

Nesse contexto surge um dispositivo – os serviços residenciais terapêuticos –, e um auxílio previsto no interior de um Programa – o Programa de Volta pra Casa (PVC). O PVC foi instituído pela Lei 10.708 de 2003 e constitui num programa de ressocialização dos pacientes psiquiátricos. A lei “[...] institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003, não paginado). O benefício que inicialmente foi estabelecido em R\$240,00 foi para R\$320,00, sendo que tem validade de um ano, podendo ser prorrogado quando necessário

e devem ser pagos diretamente ao usuário. De 2003 a 2012, esse programa alcançou mais de quatro mil beneficiários (BRASIL, 2012).

Ainda que, em tese, o PVC favoreça a autonomia do usuário para administrar seu próprio dinheiro, esse programa tem um alcance de beneficiários muito baixo, em comparação com a quantidade de pessoas internadas em período de longa permanência. Segundo dados do relatório apenas 1/3 do total de pessoas foram beneficiadas (BRASIL, 2011). Além disso, o valor do benefício é muito reduzido, assim como o tempo de recebimento do mesmo. Um fator que dificulta é a falta de documentação dos pacientes (condição necessária para acesso ao auxílio).

As residências terapêuticas, como o nome sugere, consistem em residências (caráter de moradia) que devem estar localizadas num espaço urbano, que se destina a pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Em cada residência deve ter oito moradores, que são acompanhados por um cuidador e devem estar articuladas a um CAPS (se houver) (BRASIL, 2008). “O ano de 2011 finalizou com 625 módulos do serviço residencial terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores” (BRASIL, 2012, sp) e com 154 serviços em fase de implantação. O incentivo federal é de R\$10.000,00 para montagem de cada casa, além de recursos oriundos do fechamento de leitos (BRASIL, 2008). Contudo o financiamento das residências terapêuticas é insuficiente, assim como a cobertura destas no país. Além do baixo financiamento, a cultura do medo é outra variável que interfere nesse processo. Muitas comunidades resistem ao processo de implantação destes serviços em suas áreas (BRASIL, 2011). Outro fator é a dificuldade de articulação da PSM com a política de habitação das cidades. No contexto de reestruturação e criação de serviços substitutivos temos também os CAPS.

2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

Os CAPS, como dispositivos estratégicos e importantes na PSM, constituem serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica de território (BRASIL, 2002). De acordo com a Portaria 336 de 2002, os CAPS apresentam as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela **organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental** no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o **papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial** no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial [...], de acordo com a determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; entre outras [...]

Apresenta ainda diversas modalidades que abrangem o porte, a capacidade de atendimento e público a ser atendido. Entre eles: CAPS I, CAPS II (turno noturno), CAPS III (24 hs), CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e outras drogas (BRASIL, 2008). Após a regulamentação desta portaria os CAPS ao final de 2011 chegaram a 1742 no país.

Se por um lado a rede expandiu, por outro as assimetrias regionais são um grave problema. Observa-se que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as maiores dificuldades de implantação dos CAPS, o que demonstra que sua abrangência é desigual entre as regiões do país. Cabe ressaltar, como destaca Amarante (2002), que não se deve incorrer no erro da “Capsização” do modelo assistencial, como se o processo de reforma fosse somente a criação de CAPS no lugar dos hospitais psiquiátricos, mas envolve outros aspectos. A ideia que é colocada por meio dessas mudanças é que na medida em que são reduzidos leitos, descredenciados alguns hospitais, uma rede extra-hospitalar seja criada para que os pacientes não fiquem desassistidos.

O financiamento da PSM como um todo, apesar de indicar a inversão nos gastos, visto que a partir de 2006, os gastos são maiores com serviços extra-hospitalares⁵ do que os hospitalares reflete um problema presente nas políticas sociais brasileiras – o desfinanciamento. Isto é, os gastos estão aquém do necessário. Os gastos com a saúde mental chegam a 2,31% do orçamento total da saúde, sendo que esses valores não têm sofrido grandes variações ao longo dos anos. No Relatório de gestão 2003-2007, a coordenação de Saúde Mental indicava a meta de 4,5% para o financiamento da SM em 2010. Além de não alcançar esse patamar, a meta proposta também não é compatível com a proposta da Organização Mundial da Saúde que recomenda 5% (BRASIL, 2011).

⁵ Sendo que 1/3 dos gastos extra-hospitalares em Saúde Mental é com medicação.

O financiamento ainda reflete a disputa entre projetos antagônicos. O embate entre público e privado, além de estar presente na saúde em geral, está também na saúde mental. Tenório (2002) afirma que, por meio da internação (prolongada) as empresas hospitalares lucram mais, já que esta constitui a principal fonte de lucro, ao passo que há uma total falta de controle por parte do Estado, levando a chamada de indústria da loucura.

Em conjunturas difíceis como esta, é preciso reconhecer outro aspecto importante: as conquistas feitas para consolidação de políticas sociais, tanto no SUS quanto na reforma psiquiátrica, “[...] dependem da ação de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses popular-democráticos, que pressionam de fora e ocupam os espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho do Estado para garantir o financiamento e implantação de novas políticas e programas” (VASCONCELOS, 2010, p. 23). Assim, vamos a seguir abordar os mecanismos de resistência à indústria da loucura.

2.3 Resistindo à indústria da loucura

O MLA e o MRP constituem na área da saúde mental dois movimentos importantes, sendo que o primeiro tem maior base na sociedade civil, com trabalhadores, usuários e familiares e o segundo mais amplo, com articulações mais institucionais, e espaço político maior no Estado (VASCONCELOS, 2010). O MLA⁶ radicalizou os objetivos estratégicos, colocando em xeque a existência dos hospitais psiquiátricos como recurso de assistência, aumentando assim os núcleos de militância e se apresentando como uma força política fundamental mais avançada e autônoma do MRP (VASCONCELOS, 2008).

A organização de usuários, familiares e profissionais no campo da saúde mental também se faz presente e estas associações são importantes atores políticos no contexto da reforma psiquiátrica. Existem associações não-governamentais; associações independentes não ligadas a serviços públicos de saúde mental; outras ligadas principalmente aos CAPS

⁶ Cabe ressaltar que entre os defensores da reforma há diferenças internas, entre elas o modo de organização, mobilização de recursos, de realização do debate, etc, que acabam gerando discordâncias entre eles. Um exemplo disso é o MLA que se manteve unificado até 2001, mas teve uma ruptura a partir desse ano, surgindo duas tendências- o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Internúcleos (RENILA) (VASCONCELOS, 2008).

(VASCONCELOS, 2008). É importante ressaltar que a maioria dos usuários provém de setores empobrecidos, dificultando, além de outros fatores, a presença regular nos espaços organizativos, por falta de condições para pagamento do transporte público (VASCONCELOS, 2010). Outra dificuldade é a dependência contínua e regular dos Estados e governos, pois uma das bases de sustentação econômica, organizacional e política da associação são as coordenações de saúde mental nas três esferas (VASCONCELOS, 2010). Isso reflete na grande dependência aos serviços e profissionais pelas associações de usuários e familiares na saúde mental.

As conferências e conselhos enquanto espaços de participação e controle social têm acontecido na área de saúde mental tanto nas esferas municipais, estaduais quanto nacionais, mas não de forma totalmente regular. A dificuldade de organização em alguns lugares, a falta de apoio político de governos, entre outros fatores se fazem presentes e refletem no atraso ou até mesmo na realização de alguns eventos importantes da área. No ano de 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em que seu processo ocorreu de forma mais tensionada e conflituosa, visto a maior prevalência de coesão política no campo da saúde mental (BRASIL, 2011). Diga-se de passagem, o processo de organização principalmente nas esferas municipais, regionais tiveram maiores dificuldades, limitando em alguma medida a participação dos usuários e familiares nas conferências (BRASIL, 2011). Mas contou com o protagonismo de familiares e usuários do SUS e também dos serviços em saúde mental.

Cabe ressaltar que as conferências, por mais que se coloquem como integrantes dos espaços democráticos e participação popular, na sua essência, pressupõe um espaço de disputas, debates, apresentação de propostas, buscando atingir interesses de alguns setores. No caso da saúde mental, as conferências foram acontecendo e enfatizando necessidades de legislações, demandas, que acabam se repetindo ao passar dos anos por não terem sido implementadas (DUARTE, 2013). “Pautas como o reconhecimento dos direitos dos usuários, o combate à concepção de que este é considerado incapaz para a vida civil e perigoso para a sociedade, a defesa da sua inclusão no mercado de trabalho [...]” (DUARTE, 2013, p.42), entre outros, foram recorrentes nas quatro conferências nacionais ocorridas até então. Assim, muitas vezes há uma distância do que é proposto e o que de fato tende a ser realizado.

Além disso, temos de um lado, um grupo em que desenvolve a sua luta principalmente em torno de movimentos sociais, em instâncias formais de controle, e de outro um grupo conservador – neste caso, os contrários à reforma- que utilizam espaços como a mídia, o Congresso, no Ministério Público, nas esferas do executivo, tendo muitas vezes um enfoque e visibilidades maiores (VASCONCELOS, 2010). Logo, vemos que o cenário em que se desenvolve a PSM é desafiador e é constituído por grupos diversos.

Considerações finais

Buscamos neste trabalho analisar o atual contexto da política de saúde mental no Brasil, passando por pontos considerados essenciais. Ainda que existam muitos outros fatores e aspectos a se considerar, fizemos um resgate da política e algumas de suas ações com o esforço de apreendê-la na perspectiva da totalidade.

Vimos que decorrente de lutas, mobilizações, alguns esforços têm sido feitos na tentativa de garantia dos direitos dos pacientes, como a concessão de benefícios, uma tentativa de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar com o processo de desospitalização, mas estes estão muito longe de serem garantidos na sua plenitude. A inserção numa sociedade de classes e avanço do neoliberalismo no Brasil com todos os seus desdobramentos, trazem riscos que rebatem no desenvolvimento da política de saúde e saúde mental da população, no processo de reforma psiquiátrica, no desenvolvimento e expansão dos programas e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Além disso, o corporativismo médico, com posicionamentos conservadores, e a insuficiência de recursos também trazem fortes preocupações (VASCONCELOS, 2010).

Vemos a necessidade de superar dificuldades de ordem social, política, cultural, econômica, e acima de tudo dificuldades estruturais. A necessidade de articulação intersetorial de políticas e programas sociais, o aumento do cuidado, sobretudo na atenção primária, a ampliação dos leitos em hospitais gerais e leitos de atenção integral à crise com a criação de mais CAPS III, a expansão da rede substitutiva em saúde mental e do financiamento, o fortalecimento pela base da organização do movimento de usuários e familiares da saúde mental entre outros, constituem necessidades e também evidências

postas à área, que nos permite dizer que o que está sendo implementado está ainda distante do almejado (BRASÍLIA, 2008).

É preciso ter claro e uma análise que vá além do imediato, pois

aqui entendemos a Reforma Psiquiátrica como uma mudança de paradigma muito mais ampla que envolve a busca por modificar o lugar social da loucura, que vai além do direito de ir e vir do paciente com transtorno mental. Afinal, neste processo estão em jogo a vida, os direitos, a liberdade de cidadãos que por algum motivo precisaram de tratamento psiquiátrico (DUARTE, 2013, p. 33).

Logo, estamos diante de uma sociedade em que políticas sociais estão caminhando, tendo alguns avanços, mas que não expressam de fato, o fim da exploração e da luta de classes, e neste caso, os objetivos últimos do MLA do fim dos manicômios. Daí a necessidade de combater a indústria da loucura, a lógica do capital, para a conquista de direitos e o entendimento pleno dos loucos como "normais". Assim, o atual quadro da saúde mental no Brasil precisa avançar e muito. É importante ressaltar que o debate não se esgota aqui, visto que o desenvolvimento de uma política se constitui como um processo e que seus desdobramentos são contínuos.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos Sociais**. CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.708 de 31 de julho de 2003**. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm> Acesso: 9 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília. DF, 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso: 11 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília-DF, jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 10**. ano VII, n. 10. Informativo Eletrônico. Brasília-DF, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília-DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 6 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009**. Workshop MPF. Coordenação de Saúde Mental, 2008.

DUARTE, Sílvia Louzada. **O processo de redução de leitos psiquiátricos no Brasil**. 2013. 93 f. Monografia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória: 2013.

JUNGES, Márcia. O nascimento do capitalismo e da internação dos excluídos. **Revista do Instituto Humanistas Usininos**, São Leopoldo (RS), ano XII, 7 maio 2012. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisininos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4402&secao=391>. Acesso: 20 jul. 2014.

LOWY, Michael. Objetividade e ponto de vista de classe nas Ciências Sociais. In: _____. **Método Dialético e Teoria Política**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

OLIVEIRA, Carla Luiza. O pensamento de Franco Basaglia na área da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 16., 2011. **Textos completos...** Recife, 2011. Disponível em: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/site/textoscompletos>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria Ozanira Silva e (Org.). **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria & prática**. São Paulo: Veras, 2001.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010. 162 p.