



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO- BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANTÔNIA IARA ADEODATO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RESTRUTURAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA: MARCO HISTÓRICO E DESAFIOS DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO CEARÁ**

REDENÇÃO - CE

2018

ANTÔNIA IARA ADEODATO

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RESTRUTURAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA: MARCO HISTÓRICO E DESAFIOS DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO CEARÁ

Monografia apresentada ao Curso de Pós- Graduação Lato Sensu em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Jeferson Falcão do Amaral

REDENÇÃO - CE

2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Adeodato, Antônia Iara.

A182r

A reforma psiquiátrica e a reestruturação da assistência: marco histórico e desafios da política de saúde mental no Brasil e no Ceará / Antônia Iara Adeodato. - Redenção, 2018.

31f: il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Saúde Da Família, Instituto De Ciências Da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Jeferson Falcão do Amaral.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Serviços de saúde mental - Brasil - Legislação. 3. Política de saúde mental - Brasil. 4. Reestruturação da assistência a saúde mental. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 362.20981

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e perseverança que me concede.

Aos meus familiares, por todo amor.

Ao meu noivo, pelo companheirismo de todos os momentos.

Aos meus amigos, pelo carinho.

Aos discentes e docentes do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira pelos momentos de aprendizado.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa pesquisa.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS: Biblioteca Virtual da Saúde

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CGSM: Coordenação Geral de Saúde Mental

ESF: Estratégia de Saúde da Família

GTSM: Grupo de Trabalho em Saúde Mental

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MISMEC/CE: Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Pirambu

MSMCBJ/CE: Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim

PNASH/Psiquiatria: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH: Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS: Sistema Único de Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 Tipo de estudo.....	13
3.2 Descrição do estudo.....	13
3.3 Amostra.....	14
3.4 Critérios de inclusão.....	14
3.5 Análise de dados.....	14
3.6 Aspectos éticos	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	15
4.1 1 A reforma psiquiátrica e a constituição da Política de Saúde Mental do SUS. 15	
4.2 A Lei Mário Mamede e a reestruturação da assistência psiquiátrica no Ceará .. 17	
4.3 Levantamentos da legislação relacionada à Política de Saúde Mental..... 21	
4.3.1 Leis..... 21	
4.3.2 Portarias do Ministério da Saúde	22
4.3.3 Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/MS	22
4.3.4 Portarias da Secretaria de Saúde do Ceará	26
4.3.5 Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde	26
4.3.6 Resoluções e recomendações do Conselho Estadual de Saúde do Ceará	26
4.3.7 Resoluções e recomendações do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza 27	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: MARCO HISTÓRICO E DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO CEARÁ

Antônia Iara Adeodato¹

Jeferson Falcão do Amaral²

RESUMO

Neste trabalho, busca-se discutir a constituição da Política de Saúde Mental, destacando sua trajetória e seu arcabouço político-normativo no cenário brasileiro e cearense. De modo particular, pretende-se: 1) identificar o contexto político e social de formulação e implementação da atual política de assistência psiquiátrica; 2) promover uma reflexão sobre os propósitos e as ações que orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira; 3) avaliar o processo de estruturação da assistência psiquiátrica no cenário cearense e brasileiro; 4) realizar um levantamento da legislação relacionada à Política Nacional de Saúde Mental. Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico e integrativo com abordagem sistematizada e qualitativa. Os resultados apontaram que na década de 1990 a sociedade brasileira passou por significativas transformações políticas, econômicas, sociais e culturais. Neste período, a Reforma Psiquiátrica se tornou política pública no Brasil, sucedendo um conjunto de ações governamentais nas três esferas federativas. Contudo, verifica-se que embora tenha ocorrido a diminuição das internações psiquiátricas e a ampliação dos serviços substitutivos, os equipamentos da rede de atenção psicossocial enfrentam muitos desafios para seu efetivo funcionamento. Neste sentido, conclui-se que apesar da reorientação do modelo de assistência psiquiátrica encontrar-se em estágio avançado, as práticas representativas do paradigma hospitalocêntrico ainda estão presentes no cotidiano dos portadores de transtornos mentais, sendo corroboradas, inclusive, com uma série de medidas político-jurídicas de restrição de direitos.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Política Pública; Legislação; Reestruturação da Assistência.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the constitution of the Mental Health Policy, highlighting its trajectory and its policy-normative framework in Brazil's and Ceará's settings. In particular, it intends to: 1) identify the political and social context of formulation and implementation of the current policy of psychiatric care; 2) to promote a reflection about the purposes and actions that guide the Brazilian Psychiatric Reform; 3) to evaluate the structuring process of psychiatric care in the state of Ceará and in Brazil; 4) conduct a survey of legislation related to the National Mental Health Policy. It is a bibliographical and integrative study with a systematized and qualitative approach. The results showed that in the 1990s Brazilian society underwent significant political, economic, social and cultural transformations. In this period, the Psychiatric Reform became public policy in Brazil, succeeding a set of governmental actions in the three federative spheres. However, although there has been a decrease in psychiatric hospitalizations and an increase in substitutive services, the psychosocial care network equipments face many challenges for their effective functioning. In this sense, it is concluded that, although the reorientation of the psychiatric care model is at an advanced stage, the representative practices of the hospital-centered paradigm are still present in the daily life of people with mental disorders, being corroborated, even, with a series of political-legal measures of restriction of rights.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental health; Public policy; Legislation; Restructuring of Assistance.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Redenção/CE.

² Farmacêutico. Especialista em Farmácia Clínica e Gestão Acadêmica. Mestre e Doutor em Farmacologia. Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Redenção/CE.

1 INTRODUÇÃO

O questionamento da legitimidade da assistência centrada no hospital psiquiátrico, pautada na perspectiva de isolamento das pessoas em tratamento, ganhou ênfase após a II Guerra Mundial. Naquele momento, diversos movimentos de reforma psiquiátrica passaram a criticar as práticas do hospital, as quais se embasavam em três preceitos principais: o isolamento do mundo externo, a organização do espaço asilar e a submissão à autoridade médica. As reformas propostas abrangiam desde mudanças no interior da instituição, com a dita transformação das relações e sua humanização até uma reorientação do modelo, que passava a ser prioritariamente extra-hospitalar.

Este fenômeno passou a ser chamado de “desinstitucionalização” ou “desospitalização”, sendo marcado pela superação das práticas que acompanham os processos ocorridos dentro da instituição manicomial (VENTURINI, 2010). Para Birman e Costa (1994), os movimentos de reforma psiquiátrica classificam-se em: 1) comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e psicoterapia institucional (França), modelos restritos às reformas no âmbito institucional; 2) psiquiatria de setor (França) e psiquiatria preventiva (Estados Unidos), as quais ampliaram os padrões de tratamento para fora da instituição psiquiátrica; 3) antipsiquiatria (Inglaterra) e psiquiatria democrática (Itália), paradigmas contestatórios de cunho mais radical, direcionados aos dispositivos saber/poder médico, às instituições psiquiátricas e suas terapêuticas.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica ganhou notoriedade nos anos 1970, relacionada com o surgimento dos movimentos sociais. Foi, sobretudo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores da área da saúde, sindicalistas, associações de familiares e pessoas com histórico de internações, que estabeleceu críticas à terapêutica realizada nos manicômios, à hegemonia de uma rede privada de assistência e ao chamado saber psiquiátrico, bem como ao modelo pautado no hospital psiquiátrico como único espaço de tratamento às pessoas caracterizadas como portadoras de transtornos mentais. Conforme aborda Amarante (2003), o Movimento de Saúde Mental fazia fortes denúncias contra o governo militar que, muitas vezes, utilizava a Psiquiatria como mecanismo de controle da sociedade, por meio, inclusive, de torturas.

Tais discussões e críticas que envolvem a referida assistência em hospitais psiquiátricos acarretaram, posteriormente, a aprovação de leis e normas, que instituíram mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde, reverberando em suas práticas institucionais. A transformação dos manicômios, resultado de um movimento de cunho político, jurídico e social, relaciona-se, portanto, a tentativa de superação dos processos de violência, os quais estavam submetidos os pacientes e a negação do saber/poder absoluto do médico, expresso na relação entre paciente (objeto da cura) e profissional (sujeito da cura).

Tomando como base o exposto, neste trabalho busca-se discutir a Política de Saúde Mental no Brasil, destacando sua trajetória, seu arcabouço político-normativo, seus principais avanços e desafios. De modo particular, pretende-se: 1) identificar o contexto político e social de formulação e implementação da atual Política de Saúde Mental; 2) promover uma reflexão sobre os propósitos e as ações que orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira; 3) avaliar o processo de estruturação da assistência psiquiátrica no cenário cearense e brasileiro; 4) realizar um levantamento da legislação relacionada à Política Nacional de Saúde Mental.

A reflexão sobre os processos que balizaram a Política Nacional de Saúde Mental brasileira traz à tona a discussão sobre a constituição de uma nova prática de cuidados em saúde mental, de base territorial. Neste sentido, entende-se que analisar a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, no sentido de promover uma maior compreensão dos pilares que a orientam na Política Nacional de Saúde e refletir sobre os avanços e desafios que permeiam a constituição desta política, tornam-se fundamentais para o desenvolvimento de uma *práxis* mais efetiva e humanizada.

Para tal, parte-se das seguintes perguntas: Em que contexto ocorreu a formulação e implementação da atual Política de Saúde Mental? Quais propósitos e ações orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira? Como ocorreu o processo de estruturação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Estado do Ceará? Quais legislações demarcaram a implantação da política de assistência psiquiátrica?

2 REVISÃO DE LITERATURA

Michel Foucault (2010) retrata que, durante o advento da Modernidade, ocorreu a constituição de uma nova configuração de pensamento e organização social, que reformulou a percepção social sobre a loucura e a maneira de tratar o louco. Para Foucault, a chamada loucura compreendida na Época Clássica como ausência da razão, torna-se objeto de conhecimento científico na Modernidade. A loucura, agora identificada como alienação e caracterizada como doença mental, passa a ser vinculada a uma possibilidade de cura, enquanto o asilo se torna o lugar de isolamento específico de tratamento, configurando-se como um meio mais sutil de dominação da doença mental, um modo menos explícito de sujeitá-la.

Para Foucault (1987), o nascimento da clínica origina-se a partir do século XIII e início do XIX quando ocorreu a supressão do espetáculo punitivo em diversos países da Europa e nos EUA. As penas que expunham o corpo do condenado a espetáculos públicos de crueldade, constando de torturas, mutilações e execuções deixaram de ser, explicitamente, sobre o corpo do condenado e passaram a atuar sobre sua subjetividade. Como resultado do duplo desaparecimento do teatro punitivo e anulação da dor, a relação castigo-corpo é modificada, culminando em uma nova forma de exercício de poder, o denominado poder disciplinar.

De acordo com a teoria foucaultiana, o Estado não é o órgão central e único de poder, este se encontra em várias outras instâncias da vida social, materializando-se em práticas, instituições e saberes. Neste sentido, pode-se considerar que o poder disciplinar está estritamente relacionado com as formações discursivas, que molda as práticas institucionais em locais específicos.

Ainda segundo Foucault (1987), esse tipo específico de poder, exercido em várias instituições, como: o hospital, o exército, a escola, a fábrica, a prisão, são caracterizados como mecanismos que visam ao controle das operações do corpo, possibilitando sua sujeição constante mediante uma contínua normatização, com a finalidade de os tornarem dóceis e úteis. Trata-se do micro-poder, existente em diversas instituições sociais, que assegura a manipulação das ações individuais, por meio da imposição de normas, com o intuito de adestrar os corpos dos indivíduos.

Assim, Goffman (2010) ao analisar o mundo social dos internos de um hospital para doentes mentais, identifica o fato de que certos preceitos de

estruturação de uma instituição determinam a sua condição de instituição total e acarretam consequências na formação do eu da pessoa nela inserida. Para esse autor, o indivíduo interage com diferentes coparticipantes na vida cotidiana, em variados lugares e submetidos a diversas autoridades. Ao inserir-se numa instituição social, o indivíduo passa a agir num mesmo lugar, com igual grupo de pessoas e sob obrigações e regras semelhantes para a realização de atividades impostas.

Quando essa instituição social se organiza de modo a atender indivíduos em situações semelhantes de tratamento, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, ela apresenta a tendência de fechamento, o que simboliza seu caráter “total”. Esse caráter total da instituição age sob o internado, de maneira que o seu “Eu” passa por transformações do ponto de vista pessoal e do seu papel social (GOFFMAN, 2010).

Ainda de acordo com Goffman (2010), o internado, ao chegar ao hospital, sofre um processo de “morte social” que suprime a concepção de si mesmo e a cultura apreendida, formadas na vida familiar e civil, acarretando na perda do seu conjunto de identidade e segurança pessoal. Tal processo decorre do despojamento do seu papel social pela imposição de barreiras no contato com o mundo externo, do enquadramento pela imposição das regras de conduta e do despojamento de bens materiais e simbólicos.

Nas análises de Castel (1991), a percepção moderna da loucura, originário da Revolução Francesa, trouxe consigo elementos que até hoje constituem as bases do encargo do doente mental e da sua concepção antropológica. Segundo o autor, a presença de novos representantes políticos, a atribuição do *status* de doença mental à loucura, e a constituição de uma nova estrutura institucional, vão compor, em diferentes contextos históricos, sistemas que se materializam em políticas de saúde mental.

Segundo Castel (1991), uma determinada articulação desses elementos possibilita a identificação de dois momentos particulares na história da doença mental. O período denominado *Idade do Ouro do alienismo* surgido nos anos de 1780, materializado na lei de 1838 (reguladora do regime dos alienados). E aquele inaugurado nos anos 1860, denominado de *Aggiornamento*, reconhecido pela emergência da psiquiatria contemporânea. Ressalta-se que Castel desenvolve uma

intensa discussão, por um lado, com os representantes da escola alienista e da escola psiquiátrica organicista do século XIX, e por outro, com linha representada por Michel Foucault e Erving Goffman.

Segundo o autor, as mudanças ingeridas pela sociedade contratual, no século XIX, estabelecem uma nova relação do Estado com o doente mental. A representação destes passa a ser fundamentada em princípios médicos, enquanto que, a dos criminosos está alicerçada em bases jurídicas. As tecnologias disciplinares são, entretanto, análogas nas duas instituições. Com relação à medicalização dispensada ao louco, no século XIX, considera as novidades insurgidas neste período, mas também atenta à continuidade da herança das ditas “instituições totalitárias”, antigas casas enclausuradoras dos loucos e dos pobres (CASTEL, 1991).

Assim, conforme destaca Castel (1991), no século XVIII, a ideia da existência de uma possível contradição entre compaixão e ciência, entre benevolência e autoridade, não havia se afirmado, sendo que o discurso da compaixão se articula a ideia de tutela, matriz da política de assistência. A partir do século XIX, verifica-se uma dissociação entre medicina científica e assistência. Essa orientação, para o autor, estimulou o desenvolvimento das colônias familiares agrícolas, no centro da França, e a criação de secções especiais para homens epiléticos, e mulheres, separadas dos alienados criminosos. Segundo Amarante (2003), tal processo representa uma mudança dos mecanismos de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até a moderna promoção de saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico e integrativo com abordagem sistematizada e qualitativa. O método da revisão integrativa possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários. Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos.

Na operacionalização dessa revisão, utilizamos as seguintes etapas: seleção das questões temáticas, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

3.2 Descrição do estudo

Foi realizada pesquisa bibliográfica, de caráter historiográfico, do contexto político e social de formulação e implementação da atual Política de Saúde Mental, bem como do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no cenário brasileiro e cearense, além de levantamento documental das principais normas jurídicas com o propósito de efetivar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Na concretização dessa pesquisa, recorreu-se também a leitura exploratória de autores clássicos da Sociologia (FOUCAULT, 1987, 2010; GOFFMAN, 2010; CASTEL, 1991) para discutir o processo de institucionalização da loucura na sociedade moderna e o disciplinamento dos corpos na instituição manicomial.

Na coleta de dados secundários, foram utilizados trabalhos publicados em revistas científicas, livros especializados e matérias jornalísticas, além de fontes documentais referentes às legislações que embasam a Política Nacional de Saúde Mental, em âmbito federal, estadual e municipal. Para a busca bibliográfica, utilizaram-se termos da língua portuguesa, a seguir: saúde mental, assistência psiquiátrica, serviço de saúde e política pública. As bases de dados utilizadas para a

revisão bibliográfica foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o Scientific Electronic Library (SciELO) e a PUBMED.

3.3 Amostra

A amostra total foi composta de 31 artigos, livros e/ou documentos encontrados nas bases de dados acima citados que faziam parte da temática estudada, bem como dos critérios de inclusão. Ressalta-se que a coleta de dados não se restringiu a literatura mais recente sobre o assunto, pois objetiva-se retratar o marco histórico da Reforma Psiquiátrica e da assistência em Saúde Mental no Brasil e no Ceará, instituído a partir da década de 1990 no âmbito das políticas públicas.

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na amostra foram: artigos, livros e/ou documentos com textos na íntegra, publicados em português; artigos sobre o tema relacionado ao marco histórico da Reforma Psiquiátrica e da assistência em Saúde Mental no Brasil e no Ceará, e em conteúdos claros e objetivos sobre a temática estudada. O estudo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2018.

3.5 Análise dos dados

Para análise e categorização dos artigos, foi realizada uma leitura interpretativa dos que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e realizada a análise descritiva dos dados de acordo com os objetivos propostos. Os dados foram coletados simultaneamente, sendo analisados e apresentados através de revisão de literatura integrativa. Foram enquadrados e analisados, os objetivos que versavam sobre a mesma finalidade, no caso sobre o marco histórico da Reforma Psiquiátrica e da assistência em Saúde Mental no Brasil e no Ceará.

3.6 Aspectos éticos

Foram respeitados os aspectos éticos no que concorda a fidedignidade dos dados e autores encontrados nos artigos que compõe a amostra.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 A reforma psiquiátrica e a constituição da Política de Saúde Mental do SUS

Na década de 1990, a sociedade brasileira passou por significativas transformações políticas, econômicas, sociais e culturais, impulsionadas pelo processo de globalização, pela redefinição do papel do Estado e pela intervenção dos organismos internacionais na definição de agendas. Em *Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento*, Oliveira (2007) destaca que a Nova República legitimou as invenções políticas que não podiam mais ser contidas pela ditadura, tais como: a ampliação dos direitos de cidadania, o renascimento do sindicalismo pautado em bases operárias e o fortalecimento dos movimentos sociais.

Já Dagnino (2004) caracteriza o cenário político da sociedade brasileira, na década de 1990, como uma “confluência perversa” entre o projeto político democratizante e o projeto neoliberal. O primeiro, construído desde a década de 1980, resultou da luta contra o regime militar, mas teve como marco fundamental a promulgação da Constituição de 1988, a qual visa o aprofundamento da democracia com a constituição de espaços públicos e a crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomadas de decisões em consonância com o Estado. O segundo, o projeto neoliberal, transfere para a sociedade civil o papel de garantidor dos direitos sociais, através de um projeto de Estado mínimo.

No que tange ao projeto democratizante, verifica-se que a luta por direitos, consagrada pela promulgação da Constituição de 1988, influenciou também a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estabeleceu as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Assim, verifica-se que uma das principais estratégias para se implementar a Política de Saúde Mental brasileira passou pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS.

A partir da década de 1990, a Reforma Psiquiátrica se tornou política pública no Brasil, ganhando impulso em 2001 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde. Neste período, entraram em vigor no País as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Vale destacar que de 1990 a 2010, o Ministério da Saúde publicou 68 portarias versando sobre a

área de saúde mental, dentre elas: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2004/2010).

Na década de 1990, foi criada também a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da Divisão Nacional de Saúde Mental, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. Conforme Borges e Baptista (2008), a Coordenação Geral de Saúde Mental passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do País e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade.

Como marco regulatório desta nova política, é sancionada a Lei Federal 10.216/2001, originária do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, com sua substituição por outras modalidades assistenciais. A lei em questão proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos, a contratação, pelo serviço público, de leitos e unidades particulares deste tipo e estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, propõe a reinserção social do portador de transtorno mental.

São consideradas ações importantes desta época: a implantação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); a implementação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a criação do Programa de Volta para Casa; a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas; a instituição do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental; a garantia de uma linha específica de financiamento dos CAPS (Portaria nº 189, de 20 de março de 2002); o enfrentamento do problema do álcool e das outras drogas no campo da saúde pública; a implantação de uma política específica de Saúde Mental Infante Juvenil; a realização de ações de saúde mental na atenção básica; a implementação do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica; a instauração do sistema de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial. Este modelo de atenção à saúde mental também dispõe de uma diversidade de equipamentos e serviços, dentre elas, os chamados: Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivência e cultura, além de leitos em hospitais gerais (BRASIL, 2005).

De efeito, o Poder Público define como principais premissas desta nova prática terapêutica: a) o reconhecimento da dimensão da subjetividade do paciente; b) o fortalecimento da rede de sociabilidades existentes no cotidiano das pessoas em tratamento, através do convívio social deste com a família e a comunidade; c) a restituição dos direitos civis dos pacientes egressos de instituições psiquiátricas; d) a inserção de ações e atividades, com ênfase nos grupos e oficinas terapêuticas, em associação com as ditas “redes sociais” das pessoas em tratamento, com vistas a mediar às relações entre os sujeitos e assim permitir a ampliação de sua contratualidade social; e) o fortalecimento do sentimento de territorialidade dos pacientes, que significa o fato de as ações do CAPS se inscreverem em associação com as sociabilidades primária e secundária das pessoas sob sua atenção; f) a promoção de práticas que possibilitem maior “humanização” dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral; g) o reconhecimento da importância dos diversos campos de saberes na constituição dos tratamentos (BRASIL, 2005).

4.2 A Lei Mário Mamede e a reestruturação da assistência psiquiátrica no Ceará

Como marco teórico e político do movimento da reforma psiquiátrica cearense, destacam-se: a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, em 1992, a qual balizou as propostas do Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede; e a II Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará no ano de 2001. Seguindo as mudanças ocorridas em todo país, o Ceará promulgou a Lei nº 12.151 de 29 de julho de 1993 (denominada Lei Mário Mamede), a qual propunha a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e a construção de um modelo de assistência psiquiátrica alternativo, instituindo como principais pilares: a proibição da construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos, em todo território cearense, incentivando a construção de serviços abertos de base comunitária.

Segundo Moura Fé (2004), a implantação dos primeiros CAPS surgiu por iniciativa e responsabilidade municipal. O primeiro CAPS inaugurado no Ceará foi o de Iguatu (1991), seguindo-se com: Canindé (1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Juazeiro do Norte (1995), Aracati (1997), Fortaleza – CAPS da

SER III (1998), Itapipoca (1999), Sobral (1999), Morada Nova (1999), Barbalha (1999), Capistrano (2000), Fortaleza – SER IV e VI (2001), Quixeramobim (2001), Crateús (2001), Marco (2001), Horizonte (2001), Crato (2002), Tauá (2002), Aquiraz (2002), Paraipaba (2002), Sobral – CAPS Ad (2002); Jardim (2003), Caucaia (2003), Maracanaú (2003), Maranguape (2003), Iguatu – CAPS Ad (2003), Caucaia – CAPS Ad (2004), Juazeiro do Norte – CAPS Ad (2004), Camocim (2004); Euzébio (2005), Tamboril (2005), Limoeiro do Norte (2005), Farias Brito (2005), Itarema (2005), Amontada (2005) e Iguatu – CAPS Infantil (2005).

Como experiência exitosa no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Ceará, destaca-se o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, em julho de 2000, e a inauguração de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) no Município de Sobral, Ceará. Antes, o município contava apenas com um CAPS e o hospital psiquiátrico que foi desativado. Na época, foi implantado um Serviço Residencial Terapêutico-SRT, a internação psiquiátrica passou a ocorrer em um Hospital Geral, sendo inaugurado um ambulatório de psiquiatria para a macrorregião de Sobral, e implantadas as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Saúde Mental Comunitária. Seguindo-se com essas mudanças, em 2002, foi inaugurado o CAPS AD. A instauração dessa Rede em Sobral influenciou os outros municípios do Ceará.

Assim, outras iniciativas voltadas à reestruturação da assistência psiquiátrica no Ceará são verificadas em 2003. Dentre elas, Moura Fé (2004) destaca a constituição da Comissão Estadual Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias, composta por dois representantes da referida Secretaria e um representante do Ministério Público, os quais tinham como competência discutir os mecanismos necessários para a operacionalização da Lei Federal nº 10. 216/2001 e da Portaria GM nº 2.391/2002, que instituiu o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica. E a realização do I Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania do Ceará, em 2003, promovido pela Promotoria de Defesa da Saúde Pública do Ceará, em parceria com as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Fortaleza, o qual resultou em 23 propostas e outras diretrizes para operacionalizações de ações e serviços de saúde mental.

Verifica-se, contudo, que apesar da expansão de serviços assistenciais substitutivos permaneceu a lógica hospitalocêntrica. Este fato foi evidenciado no II

Encontro dos CAPS do Ceará, realizado em Fortaleza, no ano de 2004, quando foi discutida a necessidade da ampliação da rede de assistência em saúde mental não asilar na capital cearense, através da ampliação dos serviços CAPS e de residências terapêuticas, além de leitos e emergências psiquiátricas em hospitais gerais, com a finalidade de diminuir as internações em hospitais psiquiátricos (MOURA FÉ, 2004). Deste evento resultou um documento com 43 propostas, voltado para o direcionamento da Política de Saúde Mental no Ceará. Vale destacar que, apenas em 2005, Fortaleza ampliou a rede de CAPS para 14 equipamentos, com a seguinte distribuição: seis CAPS tipo II, seis CAPS AD e dois CAPS Infantil.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Fortaleza é composta por cinco CAPS Geral, um CAPS Geral 24 horas, dois CAPS AD 24 horas, quatro CAPS AD, dois CAPS Infantil (totalizando 14 CAPS); uma Unidade de Desintoxicação na Santa Casa de Misericórdia com 12 leitos; três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); uma Cooperativa; oito Unidades de Acolhimento Transitório, sendo seis conveniadas; duas Ocas de Saúde Comunitária; onze Comunidades Terapêuticas Conveniadas; três Hospitais Psiquiátricos credenciados no SUS; uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com atendimento específico à saúde mental.

Quanto à situação da RAPS de Fortaleza é relevante citar o relatório do Grupo de Trabalho em Saúde Mental (GTSM), realizado em 2014, com ênfase no funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Conforme o GTSM, os CAPS municipais dispõem de condições estruturais desfavoráveis, em relação à salubridade, à acessibilidade e à garantia de segurança. Outro ponto avaliado refere-se à insuficiência de recursos materiais e humanos, o que compromete a oferta de atendimentos semi-intensivos e intensivos. Saliente-se que alguns CAPS não dispõem do quadro funcional completo, composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos), além de profissionais de nível médio, sendo ainda evidenciada a precarização dos vínculos empregatícios. No que tange ao planejamento e direcionamento das ações, 75% dos CAPS asseveraram dispor de Projetos Terapêuticos Institucionais, contudo, estes se encontram desatualizados, não repercutindo nas práticas cotidianas. A inexistência de Supervisão Clínica Institucional também pode ser citada.

Outro aspecto considerado insatisfatório refere-se à organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, premissa definida pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, que assegura ao CAPS o papel regulador da porta de entrada da rede assistencial, a responsabilização pela articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde mental e a coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares, bem como a supervisão e capacitação das equipes da Atenção Básica. A irregularidade no fornecimento de medicação, ocasionada pela falta de remédios, em detrimento da demanda, também foi referida. No que tange às visitas domiciliares, a frequência e condições para a realização dessa atividade, verificou-se a incipiência de meios de transporte para o deslocamento dos profissionais, havendo rodízio dos carros para as instituições.

Esse relatório também aponta que embora 90% dos CAPS afirmem desenvolver atividades de Educação Permanente, estas se restringem a rodas de equipe, que ocorrem de forma irregular, notadamente com parte dos profissionais, os quais utilizam esse espaço para resolução de questões de nível administrativo e, pontualmente, para estudos de caso. O atributo de coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território e de supervisionar e capacitar das equipes de Atenção Básica, instituído pela Portaria GM nº 336/2002, conforme já referido, também não está sendo cumprido. O relatório notifica que 80% dos CAPS de Fortaleza não realizam estas atividades. Os outros equipamentos, que correspondem a 20% do percentual, não responderam a esta pergunta. “Esse dado reforça a desarticulação da rede e a não efetivação de uma importante função institucional por parte dos CAPS que se configura na orientação dos demais serviços da rede de saúde” (RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL, 2014).

Convêm salientar que artigos jornalísticos também trazem à tona, em tom de denúncia, as dificuldades de estruturação da RAPS de Fortaleza. O *Estado* enuncia: “Faltam médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, [...], além de medicamentos nos CAPS de Fortaleza. Dos 14 que existem na Capital, todos estão funcionando de forma precária”. Imagem também referida pelo *O Povo*: “A rede psicossocial de Fortaleza, da qual fazem parte os CAPS, apresenta problemas estruturais, falta de medicamentos e número de médicos insuficiente. Enquanto isso, paciente sofre sem atendimento”. Quanto à

oferta de leitos em hospitais psiquiátricos, o G1 salienta: “Pacientes dormem no chão em hospital psiquiátrico do Ceará. Único hospital do gênero não atende à demanda no estado do Ceará. Número de leitos psiquiátricos reduziu à metade desde 2004”.

Dito isso, verifica-se que embora se constate a expansão dos dispositivos de saúde mental, o fechamento e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, muito se tem que avançar com relação à implementação efetiva da Política de Saúde Mental. As práticas representativas do modelo de atenção representado pelo hospital psiquiátrico ainda estão presentes no cotidiano dos usuários assistidos pela rede de atenção à saúde mental.

4.3 Levantamento da legislação relacionada à Política de Saúde Mental

Este levantamento apresenta as principais normas jurídicas relacionadas à implementação da Reforma Psiquiátrica do Brasil, alistadas sob os seguintes contextos: legislação federal; legislação estadual; portarias do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Ceará; resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará e do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, conforme exemplificado abaixo.

4.3.1 Leis:

No âmbito federal:

- Lei nº 10.216/2001 – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Lei nº 10.708/2003 – institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

No âmbito do Estado do Ceará:

- Lei nº 12.151/93 – dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

4.3.2 Portarias do Ministério da Saúde:

- Portaria GM nº 1.077/99 – dispõe sobre a implementação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS, definindo a transferência dos recursos federais, em contrapartida aos Estados e ao Distrito Federal;
- Portaria GM nº 106/2000 – cria os Serviços Residenciais Terapêuticos de Saúde Mental, no âmbito do SUS e os define;
- Portaria GM nº 799/2000 – institui, no âmbito do SUS, Programa Permanente de Organismos e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
- Portaria GM nº 1.220/2000 – inclui, na tabela de atividade profissional do SIA/SUS, o código 47 - Cuidador em saúde;
- Portaria GM nº 175/2001 – define a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializado em saúde mental que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Portaria GM nº 251/2002 – estabelece as diretrizes e as normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e define a estrutura que servirá de porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS;
- Portaria GM nº 336/2002 – estabelece as modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS ad);
- Portaria GM nº 626/2002 - define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios;
- Portaria GM nº 816/2002 - institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;
- Portaria GM nº 817/2002 – inclui, na tabela de procedimentos do SIH-SUS, o procedimento de internação para tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas e a internação para tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas;

- Portaria GM nº 1.467/2002 – cria a comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS;
- Portaria GM nº 1.635/2002- incluem, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), os procedimentos de acompanhamento de pacientes, acompanhamento de pacientes com deficiência mental ou com autismo, acompanhamento de pacientes com deficiência mental ou com autismo, e acompanhamento de pacientes que necessitam de estimulação neuro-sensorial;
- Portaria GM nº 2.391/2002 – regulamenta o controle das IPI e IPV, de acordo com a Lei nº 10.216/2001 e os procedimentos de notificação da comunicação das respectivas internações ao Ministério Público;
- Portaria GM nº 1.946/2003 – cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes;
- Portaria GM nº 1.947/2003 – aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros e Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a instalação de 70 CAPS em Municípios estratégicos até 2004;
- Portaria GM nº 2.077/2003 – regulamenta a Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta Para Casa”;
- Portaria GM nº 2.078/2003 – institui a Comissão de Acompanhamento do programa “De Volta Para Casa”;
- Portaria GM nº 52/2004 – cria o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos.
- Portaria GM nº 53/2004- cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências;
- Portaria GM 336/2005 – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Portaria GM 3.088/2011 - institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Portaria GM 3.090/2011- altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Portaria GM 121/2012 – institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

4.3.3 Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/MS:

- Portaria SAS nº 189/1991 – aprova os grupos e procedimentos da tabela do (SIH-SUS): internação em psiquiatria I, tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico, internação em psiquiatria II, tratamento em psiquiatria em hospital geral, tratamento em psiquiatria em hospital dia, tratamento em psiquiatria em hospital dia;
- Portaria SAS nº 224/1992 – dispõe sobre a implantação dos CAPS;
- Portaria SAS nº 88, de 21 de julho de 1993 – institui por prazo indeterminado o procedimento de internação em Psiquiatria III da Tabela (SIH-SUS);
- Portaria SAS nº 147/1994 - amplia o item 4.2 da portaria MS/SAS nº 224/92, que dispõe sobre as atividades dos serviços de saúde mental;
- Portaria SAS nº 111/2001 - altera, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar AIH de identificação 5, para internação de longa permanência;
- Portaria SAS nº 728/2002 – redefine os procedimentos de atendimento em oficinas terapêuticas, distinguindo aquelas voltadas aos portadores de deficiência mental daqueles destinadas aos portadores de transtornos mentais;

- Portaria SAS nº 1.001/2002 – define a classificação dos hospitais psiquiátricos do SUS, com sua correspondente remuneração, a partir do resultado da avaliação do PNASH/Psiquiatria – 2002.
- Portaria SAS nº 189/2002 – Inclui, na tabela de procedimentos do SIH-SUS, o acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial;
- Portaria SAS nº 305/2002 - aprova as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas;

4.3.4 *Portarias da Secretaria de Saúde do Ceará:*

- Portaria nº 1342/2003 - direcionada a regulamentação dos mecanismos necessários para a operacionalização da Lei nº 10. 216/2001 no Estado do Ceará e da Portaria GM nº 2.391/2002 que institui o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216/2001.

4.3.5 *Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde:*

- Resolução nº 93/1993 - constitui, no âmbito do CNS, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e estipula seus objetivos;
- Resolução nº 298/99 – constitui a Comissão de Saúde Mental;
- Recomendação nº 008/2003 – aprova o Programa “De Volta Para Casa” e ressalta a necessidade de garantir aos pacientes com alta que sejam mantidos no financiamento de ações de saúde mental.

4.3.6 *Resoluções e recomendações do Conselho Estadual de Saúde do Ceará:*

- Resolução nº 83/2017: Aprovar o Manifesto da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM/CESAU) em Defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira e por uma Política de Saúde Mental Antimanicomial, e encaminhar ao Ministro

da Saúde o restabelecimento da atual Política Nacional de Saúde Mental, bem como ao Conselho Nacional de Saúde para conhecimento e providências.

4.3.7 Resoluções e recomendações do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza:

- Não foram encontrados documentos que se reportam a assistência psiquiátrica em Fortaleza.

Os resultados apontaram que, na década de 1990, a sociedade brasileira passou por significativas transformações políticas, econômicas, sociais e culturais, impulsionadas pelo processo de globalização, pela redefinição do papel do Estado e pela intervenção dos organismos internacionais na definição de agendas. Neste período, a Reforma Psiquiátrica se tornou política pública no Brasil, ganhando impulso em 2001 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde. Entre 1990 e 2010, sucedeu-se um conjunto de ações governamentais, nas três esferas federativas, que dispõem, dentre outras medidas, sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, a expansão da rede de atenção comunitária (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura) e a estruturação de atividades de reabilitação, mediante ações intersetoriais.

No âmbito do Ceará, a Lei nº 12.151/1993 estabeleceu as bases legais para a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em similaridade com o cenário nacional, a expansão dos dispositivos de saúde mental, o fechamento e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos ocorreram de forma lenta e gradual, fruto de mobilizações e lutas sociais. Entretanto, verifica-se que apesar da reorientação do modelo de assistência psiquiátrica encontrar-se em estágio avançado, as práticas representativas do modelo de atenção representado pelo hospital psiquiátrico ainda estão presentes no cotidiano das pessoas portadoras de transtornos mentais. A falta de leitos em hospitais gerais e a precarização dos recursos da RAPS são tomados como fatores que comprometem a produção do cuidado.

Na atual conjuntura de avanço do conservadorismo e de redução de recursos orçamentários para as políticas públicas, verificam-se tentativas de

desestruturação da política de desinstitucionalização psiquiátrica. Neste sentido, destaca-se a resolução nº 83/2017 que alterou a política de saúde mental ao estabelecer novas diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial. Esta resolução prevê a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e redireciona progressivamente o modelo comunitário, trazendo de volta o paradigma das instituições hospitalares.

Destarte verificamos o aumento de recursos financeiros destinados às instituições “fechadas” e a diminuição de repasses aos serviços que compõem a RAPS. Essa mudança na política de saúde mental expressa, portanto, um recorte mercantilista em detrimento da política de saúde pública, com violento ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS) e favorecimentos dos espaços hospitalares e privados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a Política de Saúde Mental no Brasil e no Ceará encontra-se em estágio avançado, contudo, no contexto atual vem sofrendo uma série de ameaças de cunho hospitalocêntrico, com a promulgação de medidas político-administrativas e jurídicas de contrarreforma. Esse processo favorece o retorno dos manicômios e o fortalecimento das comunidades terapêuticas, espaços historicamente de segregação e exclusão.

Deste modo, dentro de um compromisso ético e político com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, aponta-se que se faz necessária à efetividade das diretrizes e ações da política de saúde, bem como a mudança cultural dos agentes governamentais e da sociedade civil, no sentido de construir uma *práxis* voltada para reinserção social das pessoas portadoras de transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.C. **Oficinas em saúde mental**: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C. M; FIGUEIREDO, A. C. Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania. Contra Capa. Rio de Janeiro, 2004.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ANDRADE, Domitila. Pacientes relatam dificuldade de atendimento. **O Povo**, Fortaleza, 05 nov. 2014. Disponível em <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2014/11/05/noticiasjornalcotidiano,3342811/pacientes-relatam-dificuldade-de-atendimento.shtml>>. Acesso 05 fev. 2018.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil**: uma análise qualitativa. Cad. Saúde Pública, v. 23, n.1, Rio de Janeiro, jan. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 13 jan. 2018.

BARROS, Sônia; SALES, Mariana. **Mental health care management in the Brazilian National Health System**. Rev. esc. enferm. USP, v. 45, n. 2, São Paulo, dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso 12 jan. 2018.

BIRMAN, J. & COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiátrica comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em 04 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2003_2006.pdf>. Acesso em: 19 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 19 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 12 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 01 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 166 p. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-0531-6.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** In Daniel Mato, Políticas e ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización. Caracas: Faces, Universidad Central de Venezuela, 2004, p.95-110.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____, Michel. **História da loucura: na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde. **Relatório apresentado na II conferencia de saúde mental intersetorial de Fortaleza**. Fortaleza, 2010. Disponível em <www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms>. Acesso em 06 abr. 2018.

FORTALEZA. Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Vereadores do município de Fortaleza. **Relatório do Grupo de Trabalho em Saúde Mental**. Fortaleza, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

MOURA FÉ, Nilson de. **Evolução da reforma psiquiátrica no Ceará**. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL DE CASCAVEL, 3, 2004, Cascavel. Conferencia de abertura da III Jornada de Saúde Mental de Cascavel. Cascavel, 2004.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia**. In A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso/ [Lúcia Maria Wanderley Neves, organizadora]. São Paulo: Xamã, 2005, p.85-125.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016.

OLIVEIRA, Francisco de. **Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento**. In A era da indeterminação/ [Francisco de Oliveira; Cibele Saliva Rizek, organizadores]. São Paulo: Boitempo, 2007, p.15-45.

PACIENTES dormem no chão em hospital psiquiátrico do Ceará. **G1**, Fortaleza, 22 out. 2012. Disponível em <<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2012/10/pacientes-dormem-no-chao-em-hospital-psiquiatrico-do-ceara.html>>. Acesso 05 fev. 2018.

PEREIRA, A.A., ANDRADE, L. O. M. **Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE**. In: LANCETTI, A. Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família, 2ª ed. Hucitec. São Paulo, 2001.

SÁ, Roberta Araújo Rocha; BARROS, Márcia Maria Mont´Alverne; COSTA, Maria Suely Alves. **Saúde mental em Sobral-Ce: Atenção com humanização e inclusão social**. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/150/142>>. Acesso em 17 de mar. 2018.

SAÚDE mental em Fortaleza pede socorro. **O Estado**, Fortaleza, 21 dez. 2015. Disponível em <<http://www.oestadoce.com.br/geral/saude-mental-em-fortaleza-pede-socorro>>. Acesso 05 fev. 2018.

SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M.M.F. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa**. Rev Latinoamericana de Enfermagem, v.14, p.614-619, 2006.

VENTURINI, Ernesto. **A desinstitucionalização: limites e possibilidades**. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 20, n.1, p. 138-151, 2010. ISSN 0104-1282. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.