



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 1 | ESTADO, MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

MENTAL HEALTH POLITIC IN BRAZIL

Erica da Silva Mendonça¹
Vânia Carvalho Santos²

RESUMO

O presente artigo trata acerca da loucura e de como vem sendo feito o seu tratamento ao longo do tempo, para tanto realiza-se uma breve abordagem sobre a política de saúde mental no Brasil, perpassando pela reforma psiquiátrica, quando o cuidado em saúde mental passa a ser entendido de maneira ampla, com a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, não mais no aprisionamento da loucura. Ademais, traz alguns dados preliminares sobre as internações psiquiátricas no Nordeste brasileiro, fruto de pesquisa de mestrado em Serviço Social. Consiste em uma reflexão teórica desenvolvida por meio de pesquisa documental, fundamentada no materialismo histórico dialético. Entre os principais resultados obtidos na pesquisa temos a redução do número de internações psiquiátricas ao longo de 11 anos (22,25%) e a noção de que a Reforma Psiquiátrica é um movimento que deve permanecer atual na vida dos trabalhadores e usuários da Política de Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospitalização psiquiátrica. Serviços Substitutivos.

ABSTRACT

This article deals with madness and how its treatment has been carried out over time. For this purpose, a brief approach on mental health policy in Brazil is carried out, going through the psychiatric reform, when mental health care passes to be understood broadly, with the social reinsertion of the person in psychological distress, no longer in the imprisonment of madness. In addition, it brings some preliminary data on psychiatric hospitalizations in Northeastern Brazil, the result of a master's research in Social Work. It consists of a

¹Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (GEPS/DSS/UFS). E-mail: ericamendonca26@gmail.com

²Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFS. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do departamento de Serviço Social da UFS (GEPS/DSS/UFS). E-mail: vrtlcarvalho@hotmail.com

theoretical reflection developed through documentary research, based on dialectical historical materialism. Among the main results obtained in the research are the reduction in the number of psychiatric hospitalizations over 11 years (22.25%) and the notion that Psychiatric Reform is a movement that must remain current in the lives of workers and users of the Mental Health Policy.

Keywords: Mental health. Psychiatric hospitalization. Substitute Services.

1 INTRODUÇÃO

A loucura nem sempre foi tratada como acontece hoje, como um problema de saúde pública que deve ser enfrentado através de políticas. Durante séculos o tratamento que perdurou foi o enclausuramento desta, entendida como tudo aquilo que fugia à normalidade ou à moral de determinada época. Como afirma Sampaio (1998, p. 86): “A loucura tem quase o tamanho do universo. O que não é loucura? Parece ser a estreita fresta da imagem idealizada que uma sociedade tem de si mesma, o que, havendo divisão de classe, corresponde ao particular dos dominantes imposto sobre todos nós.” Ou seja, a loucura seria tudo aquilo que foge à normalidade da própria classe dominante, e em épocas passadas esse conceito tinha muito mais rigidez e validade, incluindo pessoas de orientações sexuais distintas, mulheres divorciadas, pobres, deficientes físicos, etc. todo comportamento diferente do considerado normal era enclausurado nas paredes dos manicômios. Não que hoje não haja ainda preconceitos e estereótipos da sociedade acerca da loucura, entretanto o seu tratamento tomou novos rumos.

No século XVII, por exemplo, o chamado hospício “[...] tinha a função de recolher e manter longe do convívio social qualquer tipo de ultraje à lei e à ordem vigente. Eram internados desocupados, prostitutas, ladrões, vagabundos e leprosos [...]” (ROCHA, 2017, p. 10 - 11). Fica evidente como no início não havia uma distinção ou cuidado com critérios para designar as pessoas em sofrimento psíquico, todos que não se enquadrassem nos padrões determinados socialmente eram considerados loucos e seu tratamento era a reclusão, além dos maus tratos, pois, “[...] tais locais, realizavam um papel de assistência, mas ao mesmo tempo de repressão, utilizando de métodos como as goliças de ferro, postes, prisões e cela (FOUCAULT, 2010), com o pretexto de

assistência aos pobres.” (ROCHA, 2017, p. 10). No contexto atual, nos moldes do modo de produção capitalista

[...] a “loucura” vai estar associada a improdutividade, pois não obedecem a prerrogativa principal desse modelo, a venda da força de trabalho, onde estabelece que “Os loucos agora não são mais ‘possuídos’, mas ‘improdutivos’ e ‘vagabundos’, portanto, uma ameaça social e um problema moral” (VIETTA, KODATO; FURLAN, 2001, p.100). Neste modo de produção são intensificadas o número de pessoas que apresentam sofrimento mental, devido ao contexto de intensa exploração que esse sistema apresenta. (PAES, 2017, p. 2).

Observa-se que o modo de produção capitalista incide não apenas nas características que terão as políticas públicas e sociais, mas também na forma de adoecimento mental do cidadão, tendo em vista que aumenta a pressão sob o trabalho e o modo de vida aceitável que é inalcançável para boa parte da população devido aos mesmos mecanismos dessa sociedade. Ao mesmo tempo que o modo de produção capitalista exige a produtividade, ela não dá oportunidade a todos, pois necessita de um exército industrial de reserva para a sua manutenção.

Com relação aos serviços prestados a essa população na atualidade as mudanças foram significativas, principalmente após o movimento de Reforma Psiquiátrica que será tratado no próximo tópico. Entretanto, enfrentamos uma época de retrocessos que abalam conquistas ainda em processo de consolidação. Após a promulgação da lei 10.216 em 2001 significativos avanços foram notados, a exemplo da expansão dos serviços comunitários, como afirma Onocko-Campos (2019), especialmente a partir de 2006, com a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial e o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos. Esse crescimento é estagnado a partir de 2011, segundo a mesma autora, e em 2015 há uma “[...] lamentável perda de transparência do Ministério da Saúde” (ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 1). Com o governo ilegítimo de Michel Temer os ataques à rede de atenção psicossocial foram aprofundados, a Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 trouxe mudanças significativas para o cenário, como a volta do Hospital Dia, o qual supervaloriza ações biomédicas em detrimento às psicossociais; além de fortalecer as comunidades terapêuticas que trazem características manicomial em suas intervenções (ONOCKO-Campos, 2019). O atual governo, com características ultra neoliberais, traz retrocessos significativos, que

impactam tanto o tratamento da saúde mental², por meio de regressos no modelo de tratamento, como “[...] a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia eletrochoques – para o sistema Único de Saúde (SUS), internação de crianças em hospitais psiquiátricos e abstinência para o tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas.” (FIGUEIREDO, 2019, n.p.); como também precariza o trabalho dos profissionais que atuam na política de saúde mental, entre eles o assistente social, com o aumento das privatizações, além de que o modelo que vem sendo retomado vai de encontro com os princípios da profissão.

Tendo em vista esse acirramento da precarização é necessário aprofundar os estudos nesse âmbito que possibilitem a construção de um forte alicerce para embasar uma política de saúde mental cada vez mais humana e crítica, que enxergue o indivíduo em sofrimento psíquico para além do seu transtorno, incluindo-o em um contexto social, econômico, cultural e político concreto.

Nos próximos tópicos serão discutidos o Estado capitalista como promotor de políticas sociais alinhadas com os seus interesses e o processo de reforma psiquiátrica, além de alguns dos seus serviços substitutivos e, por fim, as considerações finais.

2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Neste tópico iremos nos dedicar a abordar a trajetória do tratamento psiquiátrico desde os seus primórdios até os dias atuais, após implantação da Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil.

Enquanto ciência, o “alienismo”³ foi a que primeiro se dedicou ao estudo dos transtornos mentais, tendo como precursor o médico Philippe Pinel, pai da psiquiatria. “Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do

²Definir saúde mental é uma difícil tarefa, levando-se em consideração que consiste em um campo subjetivo do indivíduo, é tanto que não há uma definição oficial pela Organização Mundial da Saúde. Segundo Pessoa, Silva e Garcia (2017, p. 15 - 16) “[...] o conceito de saúde mental está para além da ausência de transtornos mentais e depende de uma multiplicidade de fatores [...]” como fatores biopsicossociais. Por isso, não há como fazer uma avaliação de saúde mental sem analisar os demais fatores, eles estabelecem entre si uma relação de interdependência.

³A alienação, objeto de estudo do alienismo “[...] era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. [...] a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. [...] alienado é alguém ‘de fora’, estrangeiro, alienígena [...]. Poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Fora do mundo, de outro mundo (no mundo da lua!).” (AMARANTE, 2007, p. 30).

isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral.” (AMARANTE, 2007, p. 30). Pinel entendia o isolamento, a hospitalização integral da pessoa em sofrimento psíquico como a melhor forma para a cura, ademais

“[...] o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados” (AMARANTE, 2007, p. 32).

Ou seja, a maior finalidade era a de obter, a partir do isolamento, um campo de estudo para a alienação mental, com uma série de regras e restrições para os pacientes, onde o foco estava na doença e não no ser humano, o que acarretou experiências traumáticas para essas pessoas em sofrimento psíquico. O outro aspecto do tratamento idealizado por Pinel era o moral, que “[...] consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, permitiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade.” (AMARANTE, 2007, p. 33). Logo, era um tratamento de ajustamento desses indivíduos às regras morais da sociedade da época, aos costumes e ao jeito “normal” de ser, não era um tratamento que buscava compreender esse indivíduo e atender às suas necessidades, mas sim cercear as suas vontades e sua liberdade, reprimir e enclausurar.

Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico (AMARANTE, 2007, p. 35).

Para se opor a esse modelo hospitalocêntrico surge no cenário mundial o movimento pela Reforma Psiquiátrica, que tem como objetivo o tratamento da saúde mental de forma mais humanizada e livre, que concebe a pessoa em sofrimento psíquico como um sujeito de direitos e passível de obter autonomia em seu dia-a-dia, a partir da inserção social e convívio com a comunidade.

As primeiras iniciativas de Reforma Psiquiátrica a nível mundial surgiram após a Segunda Guerra Mundial, onde as pessoas passaram a voltar sua atenção para o modo

como se dava o tratamento da loucura e fazer comparações com as condições dos soldados em guerra, constatando os tratamentos eram desumanos e precisavam ser revistos.

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátricas'. (AMARANTE, 2007, p. 40).

Esse processo buscou modificar a maneira de tratar a doença mental, não mais como um processo de saúde-doença focado na medicalização e repressão dos doentes mentais, como acontecia nos manicômios, mas sim através de um modelo de cuidado focado na interação e inserção do usuário no convívio social no bojo do movimento de redemocratização do Brasil e da Reforma Sanitária⁴.

O modelo tradicional, pois, baseia-se no princípio doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, além de ser estratificado e hierarquizado por níveis de Atenção. Suas premissas são concretizadas em estratégias de cuidado centradas na sintomatologia e, em consequência, predominantemente medicamentosas; além disso, por causa da herança deixada pelas instituições da reclusão, essas premissas são também hospitalocêntricas [...]. As ações tendem a ser funcionalistas por proporem uma adaptação de indivíduos queixosos, 'desequilibrados' ou desajustados. [...] a ação medicamentosa como única solução para todos os males e sofrimentos, subsumindo as pulsações instituintes que porventura estejam presentes nas queixas e impasses, funcionando como um **poderoso suporte para a valia da próspera indústria farmacêutica**. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29; grifos nossos).

A proposta da Reforma psiquiátrica se contrapõe ao modelo tradicional, a partir da ideia de que a saúde mental envolve não apenas aspectos biológicos, mas também sociais, culturais, econômicos, etc. é “[...] começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo que é complexo.” (AMARANTE, 2007).

⁴A Reforma Sanitária foi um “[...] processo social complexo[...] [que culminou] com uma conquista histórica, quer seja a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele, garante-se que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado, previsto na Constituição Federal de 1988, trazendo um importante marco histórico para a formulação de políticas públicas na saúde em diversas áreas.” (GOMES et al, 2012, p. 6).

No cenário nacional a Reforma Psiquiátrica aparece como uma alternativa ao tratamento desumano da saúde mental nos manicômios e hospitais psiquiátricos, é um movimento impulsionado pelas lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁵, que teve início nos anos 1970, alcança seu auge no ano de 1978 quando o movimento realmente se efetivou (BRASIL, 2005). No mesmo momento o país estava passando por movimento de redemocratização, que lutava contra a ditadura militar, a qual chegou ao fim em 1985, logo, se caracterizou como um contexto de efervescência das lutas em prol dos direitos da classe trabalhadora, que culminou com a busca de outras reivindicações.

A concretização das lutas pela reforma psiquiátrica tem ocorrido de forma gradativa e parcial, através de iniciativas de mobilização dos trabalhadores em saúde mental, dos usuários e familiares, como a realização de congressos, conferências, eventos, etc. em torno da temática da saúde mental. A exemplo da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP. A partir dessas movimentações surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início ao processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico da cidade. Gradativamente, foram surgindo alguns desses serviços substitutivos, como também dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos CAPS, entretanto o financiamento do governo federal, ao final dos anos 1990, ainda estava concentrado, em sua grande parte, nos hospitais psiquiátricos e, os serviços substitutivos eram irrisórios, a desinstitucionalização ainda era uma realidade distante (BRASIL, 2005).

Essa questão está relacionada aos lucros advindos dos hospitais psiquiátricos, a mercantilização da loucura é um ramo rentável para muitos empresários e, as políticas públicas em um Estado capitalista tendem a favorecer uma determinada classe, que não é a trabalhadora. ~~Pois~~, como afirma Lenin (1979, p. 10; grifos do original) baseado no pensamento marxiano “[...] o Estado é um órgão de *dominação* de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma ‘ordem’ que legalize e consolide

⁵O MTSM foi um “[...] movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.” (BRASIL, 2005, p. 07).

essa submissão, amortecendo a coalisão das classes.” Como a classe dominante é a burguesia capitalista, é a ela quem o Estado irá favorecer, em qualquer que seja o seu estágio, proporcionando-lhe maior lucratividade, em detrimento da garantia dos direitos da classe trabalhadora. Logo, se um modelo de tratamento psiquiátrico é mais rentável do que a disponibilização de serviços substitutivos de atendimento psicossocial, o primeiro que será priorizado. Essa característica se aprofunda ainda mais em se tratando de um governo neoliberal, que aumenta sua intervenção em favor do capital e se exime cada vez mais dos gastos com o social.

Essa luta ganha materialidade maior a partir da promulgação da Lei 10.216 em 2001, mais conhecida como lei Paulo Delgado, que foi seu idealizador, a qual estabelece as novas diretrizes do cuidado em saúde mental. “É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, 2005, p. 8 – 9). Alguns artigos desta lei reafirmam o compromisso com o cuidado em saúde mental sem aprisionamento, a exemplo do art. 4º:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Os serviços substitutivos em saúde mental são constituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêuticas (SRT), o Programa “De volta para Casa”, entre outros. Nesses serviços o foco está no convívio familiar e comunitário das pessoas em sofrimento psíquico, além do desenvolvimento da sua autonomia e capacidades, não em sua reclusão em uma instituição.

Os CAPS são instituições “portas abertas”, em que os usuários não necessitam de encaminhamentos para frequentar, apenas passar por uma avaliação na própria

instituição para identificar se é o serviço adequado à sua demanda, são acima de tudo “[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.” (PESSOA; SILVA; GARCIA, 2017, p. 33). Suas ações são desenvolvidas através de uma equipe multiprofissional

[...] que atua sob a ótica interdisciplinar em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. (GOMES et al, 2012, p. 8 – 9).

Além disso existem diferentes tipos de CAPS, o CAPS AD (Álcool e outras Drogas), o CAPS infantil, o CAPS I (para atendimento de transtornos mentais graves e persistentes em regiões com pelo menos 15 mil habitantes), o CAPS II (para atendimento de transtornos mentais graves e persistentes em regiões com pelo menos 70 mil habitantes), CAPS III (atendimento com acolhimento noturno – até 5 vagas, em cidades com pelo menos 150 mil habitantes) e o CAPS as III AD (8 a 12 vagas para acolhimento noturno e observação em cidades com pelo menos 150 mil habitantes) (BRASIL, 2017).

Já os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), são moradias fixas destinadas ao acolhimento de pessoas que passaram longos períodos em internação psiquiátrica e não tem mais contato com familiares, cujo objetivo primordial é a reinserção social desses indivíduos na comunidade, além do desenvolvimento de sua autonomia em tarefas do dia-a-dia, como arrumar a casa, fazer compras, cozinhar, etc. Em síntese são “[...] casas inseridas na comunidade, nas quais, os egressos de longas internações psiquiátricas receberiam o cuidado através de sua inserção social e reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2000 apud PINTO; FILHO, 2016, p. 275). As equipes são compostas por um técnico de referência com nível superior na área da saúde e dois cuidadores, os quais precisam ter alguma experiência ou capacitação na área.

É importante que esses profissionais sejam capacitados de forma a enxergar o usuário do serviço como pessoa de direitos e capaz de desempenhar atividades do dia-a-dia de forma autônoma, de forma que não limite o seu desenvolvimento no SRT, em vista disso é imprescindível uma

“[...] formação permanente, que faculte a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilize a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Esse fato deve ser priorizado em qualquer serviço da rede de atendimento à saúde mental, de forma a garantir o pleno desenvolvimento dos usuários nos parâmetros da reforma psiquiátrica. Temos ainda o Programa “de Volta para Casa” que também está articulado às residências terapêuticas e busca o “Acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação).” (PESSOA; SILVA; GARCIA, 2017, p. 55).

Além desses e outros serviços específicos da saúde mental, é importante destacar que o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico também deve ocorrer em outras unidades, tanto da saúde como de qualquer outra política, destinadas ao atendimento à população de uma forma geral, como as Unidades Básicas de Saúde, os Hospitais Gerais, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social, etc., pois este é um usuário, como todos os outros, que deve ser atendido em sua integralidade e por isso necessita de uma rede de atendimento para além das questões psíquicas, necessita de uma visão de totalidade em seu acompanhamento.

Os serviços substitutivos em saúde mental representam um avanço significativo nos cuidados em saúde mental, porém, é necessário que haja certo cuidado em como se desenvolvem as atividades nesses locais, pois uma prática conservadora e cerceadora de liberdade como a citada acima nas residências terapêuticas, podem estar, como diz o próprio autor: “[...] em alguns contextos, reproduzindo a lógica manicomial fora dos muros do hospital.” (PINTO; FILHO, 2016, p. 295). Por isso as capacitações e trabalhos informativos são necessários para combater as ideias e atitudes equivocadas com relação a esses usuários.

Com relação às internações psiquiátricas que ainda estão presentes no cenário do tratamento psiquiátrico, a região Nordeste apresentou 568.616 casos entre janeiro de 2008 e dezembro de 2019, segundo dados do sistema dataSUS/TABNET, sendo a

terceira região com mais casos de internação psiquiátrica do Brasil. Em primeiro lugar está a região Sudeste com 1.248.684 no mesmo período e a região Norte apresenta o menor número, 82.251 entre 2008 e 2019. Na tabela 1 a seguir podemos ver mais detalhadamente:

Tabela 1- Internações psiquiátricas por região 2008 a 2019

Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Norte	5165	5433	6410	6747	6490	6224	7638	7368	7568	7478	8011	7719	82251
Nordeste	64911	57712	57169	54220	51091	45296	44453	40466	38110	36802	38065	40321	568616
Sudeste	138616	117475	120491	121688	113828	104415	99292	90624	82235	81205	85122	93693	1248684
Sul	71098	71744	77762	79315	77043	73741	72962	70659	70325	73799	76356	75965	890769
Centro-Oeste	24732	22922	23904	25156	25155	22076	19451	19659	17555	17417	18246	19072	255345
	304522	275286	285736	287126	273607	251752	243796	228776	215793	216701	225800	236770	3045665

Fonte: TABNET/DATASUS elaboração da autora

Notamos que de uma forma geral há uma queda no número de internações entre 2008 e 2019, o que representa 22,25%, essa redução pode ser explicada através do incremento dos serviços substitutivos em todo o país, com mais intensidade em algumas localidades do que em outras.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde mental, tão recentemente estabelecida em nosso país, já apresenta retrocessos, em um cenário de aprofundamento das contrarreformas neoliberais. Sua história recente apresenta que até pouco tempo os ditos “loucos” ainda eram tratados com desumanidade e crueldade, e algumas práticas ainda podem ser visualizadas na realidade atual. Logo, o caminho em busca de uma política e cuidados humanizados com esse público ainda é longo, não apenas no que diz respeito aos serviços, mas também aos profissionais desses serviços e à família desses usuários. É necessário investimentos em capacitações para os trabalhadores e conscientização para a população, até mesmo para minimizar os estigmas deixados por anos de restrições e julgamentos preconceituosos acerca das pessoas em sofrimento psíquico, é preciso retirar essa noção de que tudo o que foge do comum é “louco” e até a ideia de medo que o estigma carrega.

Os constantes retrocessos na política de saúde mental observados ao longo do artigo nos alertam para as significativas perdas que, principalmente, os usuários dessa política podem enfrentar, como o retorno aos tratamentos desumanos, cruéis e ineficazes. Ademais, várias áreas que hoje integram a atenção psicossocial podem perder espaço de atuação, tendo em vista que, com o retrocesso é evidente a volta ao modelo biomédico. Logo, a luta pela Reforma Psiquiátrica deve se manter atual e ativa com a articulação entre profissionais e usuários que compõem essa importante política.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília/DF: Ministério da saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 26 dez. 2019.

FIGUEIREDO, Cecília. Governo Bolsonaro incentiva eletrochoques e propõe volta dos manicômios. **Brasil de Fato**, 8 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/>. Acesso em: 18 out. 2019.

GOMES, Ana Paula et al. **Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial**. Aracaju: Roda REAPS, 2012.

LENIN, V. I. **O Estado e a Revolução: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na Revolução**. Editora Hucitec, 1979.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 9ª ed. Cortez: São Paulo, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de saúde pública**. Campinas/SP, 2019.

PAES, Juliana Santos. **Serviço Social e saúde mental**: desafios e possibilidades para o assistente social na política de saúde mental. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosepossibilidadesparaaosistentesocialnapoliticadesau.pdf>. Acesso: 26 dez. 2019.

PESSOA, Fabrício Silva; SILVA, Mae Soares da; GARCIA, Paola Trindade. **A Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde**. Cadernos de Saúde da Família, EDUFMA: São Luís/MA, 2017.

PINTO, Isaac Alencar; FILHO, Pedro de Oliveira. Entre o cuidar e o excluir: cuidadores falando sobre o trabalho nos serviços residenciais terapêuticos. In: **Saúde mental: saberes e fazeres**. VELÔSO, Thelma Maria Grisi; EULÁLIO, Maria do Carmo (Orgs.). Editora eduepb: Campina Grande/PB, 2016.

ROCHA, Rodrigo Carvalho. **Dos manicômios à reforma psiquiátrica**: uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal Fluminense: Volta Redonda, 2017.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. O processo saúde/doença mental. **SciELO**, ed. Fiocruz, 1998.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, vol. 32, núm. 78-79-80, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Rio de Janeiro, 2008.